

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL, BÁSICA Y METODOLOGÍA



**EVALUACIÓN FORENSE DE LA HUELLA PSÍQUICA  
COMO PRUEBA DE CARGO EN CASOS DE  
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

**Tesis Doctoral presentada por:**

**Alicia Carballal Fernández**

**Dirigida por:**

**Dr. Ramón Arce Fernández**

**Dra. Dolores Seijo Martínez**



**Ramón Arce Fernández**, Catedrático de Psicología Jurídica y Forense, y **Dolores Seijo Martínez**, Profesora Contratada Doctora, ambos del Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología de la Universidad de Santiago de Compostela,

**INFORMAN:**

Que la tesis doctoral realizada por Dña. **Alicia Carballal Fernández**, con el título **Evaluación forense de la huella psíquica como prueba de cargo en casos de víctimas de violencia de género** fue desarrollada bajo nuestra continua supervisión.

Que el mencionado trabajo de investigación reúne todas las características técnicas y científicas al uso para que pueda ser leída y defendida públicamente.

Y para que así conste a los efectos oportunos redactamos este informe en Santiago de Compostela a 11 de diciembre de 2008.

Fdo. Ramón Arce Fernández

Fdo. Dolores Seijo Martínez



Un prisionero tiene ante sí dos puertas. Una de las puertas lo conduce hacia la libertad y la otra hacia la muerte. Cada puerta está custodiada por un guardia. Uno dice siempre la verdad y el otro siempre miente. El prisionero puede hacer una sola pregunta a uno de los guardias. ¿Cómo puede el prisionero descubrir la verdad que lo libere?



## **Agradecimientos**

A Ramón Arce, Dolores Seijo y a Francisca Fariña. Por su confianza. Por brindarme la oportunidad y el lujo de conjugar la experiencia investigadora con la práctica-forense en los juzgados de Santiago de Compostela, hecho que ha contribuido, indiscutiblemente, al entusiasmo con el que he encarado la confección de este trabajo.

A mis compañeros de la Unidad de Psicología Forense, los que permanecen (Mercedes, Andrea, Susana, Rita, María José, Erica, Ánxela, Miguel y Manolo) y los que se han ido ya. Por facilitarme siempre las cosas y porque ha sido un verdadero placer aprender a vuestro lado. A los compañeros del juzgado de Santiago de Compostela (Irene, Marta, Pepe, Paula, Jorge, Alberto, Concha, Xavi, Roberto, Manuel, María, Suso y a muchos más) que cada día con su trabajo aportan su granito de arena para que este mundo sea un lugar mejor donde vivir. A los compañeros de la *Unidade de Consulta de Psicologia da Justiça da Universidade do Minho* (Rui, Marlene, Ana Luisa), por hacerme sentir como en casa.

A mi familia. A mis padres, Purificación y Alfredo, por mostrarme el camino de los libros y apoyarme sin dilación en todos mis proyectos; a mis hermanos, Alba y Manuel, los niños de mis ojos, por recorrer juntos el tobogán de las raíces; a mi tía abuela Teresa, por ser un ejemplo a seguir y por cultivar en Tui un remanso de alegría al que acudimos todos los domingos; a mi tío Manolo (a Manu, Tere y Teté) , que me ha demostrado que a los cincuentaintos todavía se tienen agallas, inquietudes y ganas de cambiar las cosas; a mi amiga Olaia, por su apoyo incondicional. Por demostrarme día tras día que, a pesar de todo, *las galaxias siguen expandiéndose* y que nada es tan grave que un buen partido de tenis no pueda solventar; y a mi amiga Montse, por esas palabras tan divertidas camino de Portugal.

Y a Jose, mi compañero. Por enseñarme a poner lienzo y color a todos mis sueños; por seguir ilusionado con las historias de héroes que salvan el mundo y, sobre todo, por no soltarme nunca la mano, aún cuando nos separaran cientos de kilómetros.





**Evaluación Forense de la Huella Psíquica como Prueba de Cargo  
en Casos de Víctimas de Violencia de Género**

**Índice**

A modo de presentación.....	v
-----------------------------	---

**INTRODUCCIÓN TEÓRICA**

1. La Psicología y el Derecho: "un encuentro entre dos mundos" .....	1
1.1. La Psicología y el método científico.....	1
1.2. Las ciencias jurídicas. Una aproximación desde la Psicología .....	3
1.3. La necesidad de diferenciar conceptos: Psicología Jurídica, Psicología Forense y Psiquiatría Forense. ....	5
1.4. La Psicología Jurídica y Forense a través del tiempo .....	7
1.4.1. La Psicología Jurídica y Forense en España: Emilio Mira i López.....	11
1.4.2. A modo de reflexión .....	14
2. La víctima del delito y de la violencia de género .....	17
2.1. Introducción .....	17
2.2. La victimología: breve reseña histórica.....	18
2.3. Aproximación legal al concepto de víctima del delito.....	20
2.3.1. La víctima del delito en el sistema penal español .....	21
2.3.2. El papel de la víctima en el sistema judicial .....	23
2.4. Procesos de victimación criminal .....	26
2.5. Victimización psíquica.....	28
2.5.1. El Trastorno de Estrés Postraumático.....	31
2.5.1.1. La controversia del diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático .....	31

2.5.1.2. TEP: albores y reconocimiento como trastorno mental en el DSM .....	32
2.5.1.3. TEP: criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial, comorbilidad y epidemiología .....	38
2.5.1.4. El rostro objetivo y subjetivo del TEP.....	44
2.5.1.5. La evaluación forense del daño psíquico .....	47
2.6. La violencia de género: un problema de Estado. ....	52
2.6.1. Los primeros pasos.....	52
2.6.2. La visualización social de la violencia de género.....	54
2.6.3. Violencia doméstica y violencia de género .....	58
2.6.4. Cifras sobre violencia de género.....	61
2.6.5. De la violencia doméstica a la violencia de género: La Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género .....	63
2.6.6. Práctica forense: consecuencias de la violencia de género y perfil victimológico.....	68
2.7. Clasificación victimal: la víctima simuladora .....	72
3. La mentira, el engaño y la simulación .....	75
3.1. Introducción acerca de la mentira y el engaño .....	75
3.1.1. Técnicas de detección del engaño y la mentira .....	76
3.1.1.1. Evaluación de la exactitud del testigo a partir del comportamiento observable .....	78
3.1.1.2. La psicofisiología: el polígrafo .....	83
3.1.1.3. Evaluación de la exactitud del testigo a partir del contenido verbal del testimonio.....	83
3.1.1.3.1. <i>Statement Reality Analysis</i> .....	85
3.1.1.3.2. <i>Statement Validaty Assessment</i> .....	87
3.1.1.3.2.1. La entrevista cognitiva, Fisher y Geiselman (1992) ....	88
3.1.1.3.2.2. Aplicación del CBCA .....	95
3.1.1.3.2.3. Aplicación de las categorías de validez .....	99
3.1.1.3.3. <i>Reality Monitoring</i> .....	100

3.2. El tercer elemento: la simulación .....	104
3.2.1. La detección de la simulación .....	106
3.2.1.1. Tipologías, sintomatología y modelos explicativos de la simulación.....	106
3.2.1.2. Evaluación clínico-forense vs. Evaluación clínico-sanitaria .....	114
3.2.1.3. Pautas en la actuación del psicólogo-forense: intervención, instrumentos y protocolos para la detección de simulación en el contexto legal.....	117
3.2.1.3.1. El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota: MMPI-2 .....	123
3.2.1.3.2. <i>Structured Interview of                         Reported Symptons (SIRS)</i> .....	136
3.2.1.3.3. La <i>entrevista clínico-forense</i> , Arce y Fariña (2001) .....	139
3.2.1.3.4. Protocolo de evaluación forense de huella psíquica, Arce y Fariña (2007a) .....	141
3.2.1.3.5. El Sistema de Evaluación Global (SEG) .....	144

## DESARROLLO EMPÍRICO

Introducción.....	153
1. Método.....	157
1.1. Participantes .....	157
1.2. Diseño.....	157
1.3. Instrumentos de medida .....	158
1.4. Procedimiento .....	161
1.5. Análisis de los protocolos .....	162
1.6. Entrenamiento de codificadores.....	166
1.7. Análisis de la fiabilidad de las entrevistas y codificaciones.....	167

2. Resultados.....	171
2.1. Estudio de la simulación en las escalas clínicas básicas del MMPI-2 .....	171
2.2. Estudio del cambio en la evaluación clínica en el MMPI-2 .....	172
2.3. Estudio de la simulación en las escalas originales de control de validez del MMPI-2 .....	174
2.3.1. Estudio del cambio en las escalas originales de validez del MMPI-2. ....	174
2.3.2. Estudio de la potencia estadística y de clasificación clínica de las escalas originales de validez.....	175
2.3.3. Configuraciones de las escalas de validez .....	177
2.3.4. Estudio de las escalas adicionales de control de la validez del MMPI-2 .....	178
2.4. Estudio global de la detección de la simulación a través de los indicadores de validez del MMPI-2 .....	179
2.5. Estudio de la simulación en una tarea de conocimiento: la entrevista clínico-forense .....	181
2.6. Estudio de las estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense .....	185
2.7. Estudio global de la detección de la simulación.....	186
3. Discusión .....	187
4. Referencias bibliográficas.....	191

## A modo de presentación

Si bien todas las víctimas son importantes y únicas, las víctimas de violencia de género presentan características que agravan más la victimación: la privacidad y confidencialidad en la que se producen estos delitos. Estas condiciones dificultan la demostración de los hechos delictivos ante los tribunales que, en muchas ocasiones, tan sólo cuentan como medio de prueba con los testimonios de la denunciante<sup>1</sup> y el acusado, no resultando esta confrontación de testimonios prueba suficiente para dictar sentencia condenatoria. De hecho, acorde a la jurisprudencia, el testimonio de la víctima no es de un tercero ajeno al delito, ya que, en función del resultado del proceso, puede obtener beneficios secundarios (i.e., indemnización, custodia de los hijos, vivienda). Esto implica que el testimonio de la denunciante no sea prueba suficiente, precisando corroborarse el mismo con datos objetivos [i.e., peritación de lesiones físicas, psicológicas, (Lafta, 2008)] según lo recogido en los *criterios de la sana crítica*, respaldados tanto por el Tribunal Constitucional como por el Tribunal Supremo (Ferreiro, 2005; Martínez, 2008).

Además, para que una víctima sea considerada como tal legalmente se requiere la verificación de una lesión (United Nations, 1998). En la práctica forense la huella psíquica que se ha identificado como propia de un hecho delictivo es el Trastorno por Estrés Postraumático (v. gr., O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder y Shalev, 2006), ya que es el único trastorno reconocido por la comunidad científica que permite establecer una relación de causalidad entre la situación traumática y la sintomatología (American Psychiatric Association, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992; Simon, 1995) y que, además, se ha encontrado sistemáticamente en los estudios de comorbilidad como la secuela de la victimación de un delito. Ante esta situación, la Psicología Forense pasa a desempeñar un rol fundamental ya que se le encomienda la valoración de la victimación psicológica asociada directamente al acto delictivo asumiendo una metodología adaptada al contexto legal. Esto, indudablemente, llevará parejo el control de la simulación de sintomatología (American Psychiatric Association, 2002).

---

<sup>1</sup> En el actual contexto legal la víctima de violencia de género es mujer. De ahí el uso del femenino.

Actualmente, en relación con el delito de violencia de género, se desconoce la capacidad para detectar simulación de los diferentes procedimientos de referencia utilizados en la evaluación clínico-forense (i. e., MMPI-2, *entrevista clínico-forense*); al tiempo que se desconocen las potenciales estrategias de simulación empleadas por las falsas víctimas de malos tratos. La investigación de estos factores resulta una línea prometedora para aportar, desde la Psicología Forense, a las Salas de Justicia, una prueba de acusación objetiva que corrobore el testimonio de la denunciante.

Con este planteamiento en mente, se ha estructurado este trabajo en dos partes diferenciadas: una revisión de la literatura pertinente y un estudio empírico en un contexto de alta fidelidad. La primera parte consta de tres capítulos en los que se repasa el marco teórico y la investigación precedente en los que se asienta el estudio. El primer capítulo aborda una aproximación a la Psicología Jurídica, y, más en concreto, a la Forense, y a su estrecha relación con las ciencias jurídicas. El segundo capítulo, dedicado a la víctima del delito y a la de la violencia de género, incluye un acercamiento al fenómeno de la victimación, esto es, al Trastorno de Estrés Postraumático asociado a los malos tratos, haciendo especial hincapié en la justificación de este trastorno como huella psíquica directa en el ámbito forense. Por último, en el tercer capítulo se lleva a cabo una revisión de los distintos procedimientos existentes para la detección del engaño, la mentira y la simulación, así como un repaso de los instrumentos de referencia para la evaluación clínico-forense: MMPI-2 y *entrevista clínico-forense*.

De todo ello se deriva un estudio experimental cuyo objetivo general de investigación es la elaboración de un protocolo de evaluación adaptado al contexto judicial a partir del que se pueda obtener una prueba de cargo que recoja la victimación psíquica derivada de la vivencia de la violencia de género.

## **INTRODUCCIÓN TEÓRICA**





## 1. LA PSICOLOGÍA Y EL DERECHO: “UN ENCUENTRO ENTRE DOS MUNDOS”

### 1.1. La Psicología y el método científico

Si bien son muy numerosas las definiciones que se han aportado sobre el concepto de psicología, dado el contexto de esta revisión nos concentraremos en aquellas que vinculan a esta disciplina con el método científico. Entre las más antiguas, destacamos las aportaciones que a finales del siglo XIX realizó Wilhelm Wundt desde Leipzig (Alemania), que consideró la Psicología como una ciencia empírica independiente de la filosofía, con base conceptual y práctica investigadora, de aplicación tecnológica y vinculada a la Biología y a la Fisiología. Para este autor, la Psicología científica debería tener como objeto de estudio las regularidades en el campo de fenómenos empíricamente determinables (Carpintero, 1994; Clemente, 1997).

En la misma línea, otras conceptualizaciones más actuales definen la Psicología como una ciencia empírica cuyo fin es el estudio de la conducta, englobando dentro del concepto de conducta acciones tan dispares como caminar o salivar, pero también aspectos internos como las emociones, la motivación o el pensamiento. Ejemplo de ello son las aportaciones realizadas por Helio Carpintero en el año 2002 que definió la Psicología como una ciencia experimental, centrada en el análisis de la conducta de los individuos y de los grupos; y relacionada con los actos o procesos mentales como fuente de explicación a los mismos.

No obstante, tal como señalaron Muñoz, Bayés y Munné (1980), la Psicología, además del estudio de la conducta y la explicación de la misma, debe facilitar la posibilidad de *replicabilidad*, característica ésta primordial dentro del método científico:

Sea interna o externa la conducta que se estudie por la Psicología, deben darse dos condiciones imprescindibles, por un lado, la conducta debe ser definida libre de ambigüedades; y debe de

disponerse de técnicas o instrumentos para que dicha conducta pueda ser observada, registrada o medida, ya que los datos deben de ser públicos y repetibles por cualquier investigador que posea los conocimientos e instrumentos necesarios. (pp. 64-65)

De lo anterior se deduce que la Psicología contemporánea se asienta sobre una base científica que facilita la formulación de leyes de comportamiento asentadas en la existencia de relaciones funcionales entre la conducta y otros hechos observables. Ello posibilita que distintos investigadores puedan obtener los mismos resultados al replicar de forma exacta las condiciones de los experimentos. De hecho, tal como refirió Piaget en el año 1968, "a partir del momento que existe control y que los investigadores pueden corregirse unos a otros y conseguir, por aproximaciones sucesivas, algo más exacto, tenemos una ciencia experimental" (tomado de Muñoz, Bayés y Munné, 1980; pág. 65).

La *replicabilidad* es, por lo tanto, una característica fundamental a la hora de diferenciar el método científico de otros métodos de creación, como puede bien ser el artístico o el de adversarios. Con respecto al primero, el *método artístico*, apuntar que cuando fallece un artista su forma de crear normalmente muere con él; sin embargo, el fallecimiento de un científico no lleva consigo la pérdida de sus procedimientos ya que éstos pueden ser replicados (Bartol, 1983; Haney, 1980; Muñoz y otros, 1980). En relación al segundo, el *método de adversarios o confrontación* propio de las ciencias jurídicas, subrayar que parte del principio de decisiones fijas donde las decisiones previas son base a la hora de tomar nuevas decisiones, aceptando y asumiendo la subjetividad, los errores y los sesgos derivados de la aplicación de este procedimiento.

Estos déficits tratan de ser subsanados por la Psicología mediante la aplicación del método experimental o científico que aporta dos posibilidades de conclusión: las erróneas y las verídicas, estableciendo de esta manera la validez y fiabilidad de los resultados. Así, si se llegara a la obtención de conocimiento por otros métodos alternativos al científico, como puede ser en las ciencias jurídicas el método de adversarios o confrontación, puede ser que el conocimiento obtenido sea

cierto, no obstante, no tendríamos forma de establecer su validez (Muñoz y otros, 1980). A este respecto Bartol (1983) afirmó que:

La Psicología y la ley llegan a la verdad de formas decididamente diferentes. La verdad para la Psicología es alcanzada a través del método científico de comprobación de hipótesis, de la sólida construcción metodológica, la cuantificación y medición y la interpretación objetiva de los datos. La verdad es, por supuesto, un ideal que rara vez es alcanzada. (...) La ley, por el contrario, se basa en el sistema de adversarios para descubrir la verdad. La ambigüedad de la ley estimula a los participantes a presentar su mejor caso de una forma combativa, ya que ambos tienen expectativas de ganar. Los abogados eligen selectivamente el folklore precedente o actual o la ciencia para construir y presentar a sus clientes la salida más favorable (tomado de Perles, 2002, pág. 320).

## **1.2. Las ciencias jurídicas. Una aproximación desde la Psicología**

A lo largo del tiempo se han enumerado numerosas características que diferencian al Derecho de la Psicología<sup>2</sup>. Por poner un ejemplo, además de los métodos utilizados por ambas disciplinas, comentados en el epígrafe anterior, también destacan los tecnicismos propios de cada área de trabajo. Además, las ciencias jurídicas han tenido un cierto recelo hacia las leyes de la Psicología, considerándolas éstas como reglas de sentido común que todo el mundo puede dominar (Clemente, 1997). Sin embargo, a pesar de los puntos divergentes entre ambas materias, coexiste una realidad evidente y coincidente orientada al estudio de

---

<sup>2</sup> Haney (1980) refirió de las ciencias jurídicas que presentan un carácter prescriptivo (describen cómo deben de comportarse las personas), ideográfico (se centran en un caso particular), reactivo (sólo pueden atender a las características particulares de cada caso del Derecho); y que están interesadas en el pasado; frente a la Psicología, que presenta un carácter descriptivo, nomotético (trata de establecer principios generales), preactivo (puede decidir que temas quiere investigar), y de predicción de conducta.

la conducta del ser humano. Tal como afirmaron Ellison y Buckout (1981), tanto al Derecho como a la Psicología les preocupa "la comprensión, la predicción y la regulación de la conducta humana" (pág. 1) y esto se refleja en cómo históricamente, a pesar de los recelos, se han producido desde ambas áreas de conocimiento aproximaciones mutuas.

En línea con lo comentado, en el año 1975, Luís Muñoz Sabaté estableció que el punto de encuentro fundamental entre el Derecho y la Psicología confluía en torno al concepto de *conducencia*. Este concepto de carácter psicojurídico hace referencia a la capacidad que tiene una norma jurídica de provocar cumplimiento, evidenciando la relevancia que tiene para las ciencias jurídicas presentar un enfoque psicosocial. De hecho, la Psicología Jurídica con respecto al Derecho, sin entrar en temas controvertidos como la justicia o no de las normas o poner en entredicho sus fines, debe hacer un análisis exhaustivo sobre su practicabilidad (Muñoz y otros, 1980). De esto se deduce que dado que una de las características más relevantes de una sociedad es su versatilidad, las normas jurídicas no deben nunca ser estáticas y permanentes, sino que deben adaptarse, cuanto antes, a los cambios sociales con el fin de que los objetivos de la ley se cumplan, aspectos que son estudiados científicamente por la Psicología y de ahí su importancia para el Derecho.

Como consecuencia de ello, Muñoz Sabaté (1975) basó la relación existente entre la Psicología y el Derecho en tres vertientes principales<sup>3</sup>: Psicología del Derecho, Psicología en el Derecho y Psicología para el Derecho, puntualizando que

---

<sup>3</sup>*Psicología en el Derecho*: dado los elementos psicológicos de los que se compone el Derecho éste precisa de la Psicología (Clemente, 1997); *Psicología del Derecho*: desde esta perspectiva se considera que el sistema judicial está formado por normas y estas normas constituyen estímulos que estimulan o inhiben ciertos comportamientos; *Psicología para Derecho*: dentro de esta Psicología encuadraríamos a la Psicología Forense. Así, el psicólogo forense se presentará ante el sistema judicial como un experto, por lo que asesorará a los órganos judiciales en aquellas materias concernientes a la conducta humana legas para el sistema jurídico, tal como, la credibilidad del testimonio, el estudio de la personalidad o la determinación, en víctimas de delitos violentos, de la huella psíquica directamente relacionada con los hechos denunciados. (Garrido, 1994; Jiménez y Bunce, 2006).

sólo son asumibles dos de ellas, la Psicología *en* y *para* el Derecho, ya que consideró una relación unidireccional entre la Psicología al Derecho. Posteriormente Garrido (1994) recuperó estos tres niveles y estableció entre la Psicología y el Derecho una relación biunívoca, al considerar que las ciencias jurídicas también influyen en la Psicología.

Es por lo tanto indudable que ambas disciplinas, aún presentado divergencias en cuanto a su forma y contenido, presentan un interés común: el estudio de la conducta del ser humano. El Derecho, por su parte, aporta a la Psicología un campo de actuación con unas características propias, el contexto jurídico; y la Psicología, como ciencia que estudia la conducta humana, asiste a las ciencias jurídicas mediante conocimiento obtenido a partir del método científico. En este contexto y como fruto de esta relación entre ambas disciplinas surgen dos especialidades: la Psicología Jurídica y la Psicología Forense.

### **1.3. La necesidad de diferenciar conceptos: Psicología Jurídica, Psicología Forense y Psiquiatría Forense**

Aunque en ocasiones se utilicen de manera indistintiva los conceptos de Psicología Jurídica y el de Psicología Forense ambos se relacionan a realidades diferenciadas. Por un lado, la *Psicología Jurídica* sería aquella parte de la Psicología vinculada a la Filosofía del Derecho y la Psicología Colectiva que, mediante la utilización de métodos propios de la Psicología científica, estudia los fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el comportamiento legal de las personas (Garzón, 1989). Con el tiempo la Psicología Jurídica se segmentaría en cuatro vertientes principales: la Psicología Jurídica, la Psicología Policial, la Psicología Penitenciaria y la Psicología Forense.

La *Psicología Forense*, se origina, por tanto, en el seno de la Psicología Jurídica y se vincula a la Psicología Criminal y a la Patología Forense. Dadas sus características y rápido desarrollo, pronto toma un cariz independiente, orientándose fundamentalmente a los juzgados y a los servicios de la administración como familia, menores o clínicas médico-forenses (Garzón, 1989); y se asocia a la vertiente

aplicada y práctica de la Psicología Jurídica. A lo largo de su corta trayectoria, la Psicología Forense se ha centrado principalmente en el contexto penal y en la figura del delincuente/agresor/imputado, desatendiendo los estudios referidos a la víctima. A pesar de ello, recientemente debido, por una parte, a la progresiva desvinculación de la victimología con respecto a la criminología; y, por otra, a la relevancia que la víctima ha tomado en la esfera social y política, los psicólogos forenses han comenzado a dirigir sus investigaciones e intervenciones en torno a la figura de la víctima (Jiménez y Sánchez, 2003). Asimismo, la Psicología Forense se asienta sobre dos ciencias fundamentales. Al igual que la Psicología Jurídica, en el Derecho; y en la Psicología Clínica, en concreto en la Evaluación Psicológica<sup>4</sup> y en la Psicopatología.

No podemos terminar este epígrafe sin hacer una breve reseña a la Medicina, en concreto, a la Psiquiatría Forense, por la estrecha relación que guarda con la Psicología Forense. Según palabras de Carrasco y Maza (2005) la Psiquiatría Forense "es la proyección y aplicación de las ciencias psiquiátricas, de sus conocimientos y sus fundamentos, en todos aquellos casos en que existen implicaciones jurídicas" (pág. 70). Indudablemente, este concepto está relacionado de forma íntima con la Medicina Legal y Forense, y con la Psiquiatría, disciplina que se vincula directamente a la Psicopatología<sup>5</sup>, área de intervención común con la Psicología, tanto desde la vertiente clínica como la forense. De hecho, a través de la consulta de diferentes manuales de Psicología y Psiquiatría Forense encontramos referencias a áreas de investigación y de aplicación práctica coincidentes entre ambas especialidades como las referidas al estudio de las relaciones de causalidad

---

<sup>4</sup> Según señaló Rocío Fernández Ballesteros (1982) la evaluación psicológica sería aquella parte de la Psicología científica que se encarga del estudio del comportamiento del ser humano, especificando entre sus objetivos básicos, la descripción, el diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración, los cuales se obtienen mediante la aplicación de una serie de instrumentos. Entre los instrumentos a utilizar nosotros destacamos, dada la estrecha vinculación con nuestro trabajo de investigación, los test y las entrevistas.

<sup>5</sup> La psiquiatría se define como una rama de la medicina cuyo objetivo es el estudio, comprensión, valoración, explicación o tratamiento de anomalías o de trastornos psíquicos que afectan a las personas. Por su parte, la psicopatología es el estudio científico del análisis y la descripción de los fenómenos y conductas anormales, extraños o poco frecuentes, de las vivencias y del modo de vivir de la persona (Carrasco y Maza, 2005).

psíquica que miden la imputabilidad; los trastornos del control de impulsos; trastornos de la personalidad o los relacionados con nuestro tema de estudio: la valoración de las lesiones psíquicas vinculadas directamente con el abuso y la negligencia en el ámbito de la violencia de género (Buela-Casal, 2006; Carrasco y Maza, 2005).

Todo ello ha motivado un progresivo acercamiento entre la Psiquiatría y la Psicología (Mira i López, 1958) y ha facilitado la superación de divergencias profesionales que cuestionan la capacitación para la intervención forense en estas áreas por parte de los psicólogos<sup>6</sup> (Buela-Casal, 2006). De hecho, cada vez son más frecuentes las periciales psicológicas solicitadas por jueces y magistrados a los psicólogos (éstos cuentan con instrumentos empíricos que validan los resultados obtenidos), actitud que aboga por una perspectiva multidisciplinar a la hora de abordar la evaluación forense donde tienen cabida tanto la Medicina como la Psicología e incluso otros profesionales de las ciencias sociales (v. gr., trabajadores sociales) siempre que el objeto de la causa judicial lo justifique y los peritos intervinientes hagan uso de instrumentos de evaluación válidos y objetivos que garanticen la rigurosidad y validez de los resultados obtenidos en el ámbito jurídico (Arce, 2007).

#### **1.4. La Psicología Jurídica y Forense a través del tiempo**

La historia de la humanidad es la historia del crimen, por lo que si consideramos la Psicología Penitenciaria y la Psicología Criminal como parte de la Psicología Jurídica, podríamos afirmar que ésta cuenta con siglos de existencia. En general, la historia de la Psicología Jurídica y Forense presenta un devenir intermitente marcado, entre otras circunstancias, por acontecimientos históricos como la I y II Guerra Mundial o la Guerra Civil española; el desarrollo de la Psicología Experimental en detrimento de la investigación de la Psicología en el marco legal; o los intentos por parte de los profesionales del Derecho de

---

<sup>6</sup> Tradicionalmente sólo los médicos-psiquiatras (en muchas ocasiones médicos forenses sin especialidad en Psiquiatría) intervenían en procedimientos penales cuando había la necesidad de emitir un dictamen sobre psicopatología.

independizarse con respecto a la Psicología. A pesar de ello, y aunque los autores coincidan en señalar la década de los 80 como la época en que se produce un despegue de la Psicología Jurídica, encontramos publicaciones del siglo XVIII en Europa y en Alemania, que atestiguan la relación entre la Psicología y Derecho, y que se centran fundamentalmente en el área criminológica, en especial, en la figura del delincuente y en su intención de delinquir.

Garrido (1994) apuntó tres acontecimientos históricos que suponen el nacimiento de la Psicología Jurídica. Por una parte, la obra de Hugo Münsterberg; en segundo lugar una sentencia de 1954 del Tribunal Supremo de EEUU; y por último, la sentencia dictada por juez Bazelon en 1962.

El alemán Hugo Münsterberg, discípulo de Wilhem Wundt, al que se le considera el padre de la Psicología Aplicada, consideró por primera vez que los campos de aplicación de la Psicología podían ser los siguientes: la educación, la industria, la sanidad, la medicina y la ley. Con respecto a la interacción entre Psicología y ley publicó en 1908 la obra *On the witness Stand*, libro que se considera el inicio de la Psicología Jurídica contemporánea (Fariña, Arce y Jóluskin, 2000; Moskowitz, 1977). En todo caso, esta obra apenas tuvo repercusión sobre los profesionales de las ciencias jurídicas legos en Psicología (v. gr., jueces, abogados, fiscales) debido principalmente a la crítica oportunista del legalista Wigmore (Kuna, 1976). Éste apuntaba que la Psicología como disciplina nada podía aportar a las salas de justicia acerca de un testigo individual. A esta época de la Psicología Jurídica se la denominó *psicología amarilla*.

En segundo lugar, Garrido (1994) señaló la sentencia del caso *Brown vs. Board of Education* en 1954 dictada por el Tribunal Supremo de Estados Unidos que prohibía la segregación racial en las escuelas basándose en resultados aportados por las Ciencias Sociales. Como tercer hito, Garrido (1994), refiere la sentencia dictada por el juez Bazelon en 1962, en el famoso caso de *Jenkins vs. Estados Unidos*, que desestimó el testimonio de tres psicólogos por no tener capacidad para la evaluación de la esquizofrenia, decisión revocada por el Tribunal de Apelación (Muñoz y otros, 1980).



No será hasta el siglo XIX en que comienzan a despuntar dos especialidades dentro del contexto legal: la Psicología Jurídica (colectiva-teórica) y la Psicología Forense (individual y aplicada)<sup>7</sup>. En este siglo también se realizó el primer experimento (1893) en el campo de la Psicología Jurídica, llevado a cabo por McKeen Cattell (Bartol y Bartol, 1999), que consistió en simular los interrogatorios judiciales y demostró la independencia entre la confianza y la exactitud de los testimonios.

El siglo XX continuó con el análisis psicológico de las decisiones judiciales y con el estudio del delincuente, área en la que despuntó principalmente el médico italiano Lombroso, del que destacaron sus trabajos en los que establece relaciones entre la criminalidad y las diferentes morfologías físicas. Adicionalmente, también se produjo el despegue de los estudios en Psicología del Testimonio liderados por Cattell en EEUU, Alfred Binet en Francia, y William Stern en Alemania. En concreto Cattell demostró que el testimonio basado en la memoria tiene menos fiabilidad de la que se le atribuye, evidenciando importantes variaciones de unos individuos a otros. Por su parte, Binet, en torno al año 1900, investigó los efectos de la sugestión en la memoria<sup>8</sup>; y Stern aplicó la perspectiva asociacionista o la también llamada *teoría de la huella*, desarrollada por su maestro H. Ebbinghaus, al campo del testimonio, obteniendo conclusiones tan relevantes como que las emociones reducen la certidumbre del recuerdo; la sinceridad subjetiva no garantiza la verdad objetiva; la existencia de diferencias entre el testimonio de los niños y los adultos; y la relevancia de los acontecimientos que suceden entre el hecho y el testimonio como determinantes en la exactitud de la declaración (Soria, Maeso y Ramos, 1993).

---

<sup>7</sup> Bartol y Bartol (1999) afirmaron que el nacimiento de la Psicología del Testimonio y de la Psicología Forense se confunden. Rodríguez y Ávila (1999), señalaron que la pericial forense tiene sus antecedentes en Alemania, en el testimonio que Albert Von Schrenck-Notzing prestó en un juicio en Munich (1896), acerca de cómo el testimonio de numerosos testigos en un caso de asesinato estaba influenciado por la opinión pública.

<sup>8</sup> Sería Whipple en 1909 quien denominaría *Psicología del Testimonio* a este conjunto de investigaciones (Soria, 1993).

Desgraciadamente, este desarrollo y proliferación de investigaciones se frena en seco como consecuencia de la II Guerra Mundial y la Guerra Civil Española, resultando curioso que en esta época no fueron los psicólogos los que aportaron investigaciones a la Psicología Jurídica o Forense, sino que fueron juristas los que publicaron sobre la importancia de la perspectiva psicológica en el ámbito legal (Jiménez, 2006), denominándose a esta época *periodo de silencio* (Bartol y Bartol, 1999). Así hubo que esperar a los años 50 y 60 para que se diera un verdadero despegue de la Psicología Forense vinculado al movimiento político y cultural que imperaba en aquella época. De hecho, según Loh (1981), en estas décadas se produce una consolidación de la Psicología Forense ya que al psicólogo se le empieza a considerar en las salas de justicia como un perito o experto, produciéndose las primeras intervenciones en aislado de los psicólogos en casos penales y civiles. Un claro ejemplo de ello es el famoso caso de *Jenkins vs. Estados Unidos* (1962), comentado anteriormente. Esta nueva era para la Psicología Jurídica es la etiquetada por Bartol y Bartol (1999) como la *era de la confianza*.

Los años 70 suponen *la mayoría de edad* para la Psicología Jurídica y Forense (Loh, 1981) producto de la proliferación de trabajos empíricos y teóricos aportados por la Psicología Social, Cognitiva y Experimental, tales como los realizados por Kalven y Zeisel (1966) sobre el funcionamiento del jurado en Estados Unidos; o la comparación entre las decisiones de los jueces y jurados. En los años 80 y 90 se asienta definitivamente la institucionalización de la disciplina al poder cursarse en centros de formación. Fue durante esta década cuando se produjo un reconocimiento del papel del psicólogo, concebido como un auxiliar judicial que proporciona información necesaria a partir de los conocimientos científicos<sup>9</sup>, para un mejor desarrollo de los procesos judiciales, principalmente en áreas vinculadas al Derecho Penal y, más en concreto, orientado a la figura del criminal (Garzón, 1989; Serrano, 2006). La década de los 90, tal como consideran Fariña y otros (2000), supone, para la Psicología Jurídica y Forense, una internacionalización gracias a las conferencias de Psicología y ley de carácter internacional; tal como los encuentros

---

<sup>9</sup> El artículo 6º del Código Deontológico del Psicólogo recoge que la intervención del psicólogo como perito ha de estar siempre orientada, entre otros criterios, a la sólida fundamentación objetiva y científica en sus informes o intervenciones.

iberoamericanos de Psicología y ley; los encuentros europeos propiciados por la *European Association of Psychology and Law* (EAPL); o los encuentros entre las sociedades europea (EAPL) y americana, *The American Psychology-Law Society* (APLS), de Psicología y ley. Fruto de ello ha sido la formulación de propuestas comunes como la reivindicación de una modificación del trato de las víctimas durante el proceso judicial. En este sentido, los sanitarios apuntan que las víctimas vulnerables como son los discapacitados, menores, víctimas de agresiones sexuales o de violencia de género, deben pasar por un procedimiento que exige repetidos interrogatorios (v. gr., policía, fase de instrucción y vista oral) y que pueden acarrear secuelas, la denominada victimación secundaria. A este respecto, los profesionales en Psicología Forense han aportado distintas soluciones como el testimonio asistido<sup>10</sup>, que, a pesar de que su uso no esté todavía generalizado, Fariña y otros (2000) predicen que sin duda alguna terminará por instaurarse.

#### **1.4.1. La Psicología Jurídica y Forense en España: Emilio Mira i López**

Aunque se cite en el siglo XVIII la figura del humanista Fray Benito Jerónimo Feijóo y Montenegro como el precursor de la Psicología Jurídica en España<sup>11</sup> (Fariña, Arce y Novo, 2005) o que Romero (2000) considere el año 1885 como el origen de esta disciplina<sup>12</sup>; o bien que durante el siglo XIX destacaran figuras tan relevantes como la del psiquiatra Luís Samarro, quien despuntó por su labor como perito judicial (Carpintero, 2001a y 2001b); nosotros tomaremos el trabajo de Emilio

<sup>10</sup> El testimonio asistido consiste en un informe sobre la víctima en el que se recoge un estudio de credibilidad de su testimonio y una evaluación de las posibles secuelas psíquicas derivadas de los hechos delictivos. Esta actuación, que no supone que la víctima no sea llamada a declarar, mitiga los efectos devastadores de la judicialización. Arce (comunicación personal) ha comprobado además que la presencia de este tipo de informes antes de la vista oral da lugar a que en muchas ocasiones el imputado reconozca los hechos y que la vista oral no se celebre, conformándose el acusado con la condena. Esto supone para la víctima la no exposición a una situación altamente estresante como es la vista oral, pero también le otorga una eficacia en el afrontamiento y la resolución de problemas.

<sup>11</sup> Humanista que, según Martínez-Risco (1973), negó, incluso antes de que fueran expuestas, las ideas de Lombroso referidas a la relación existente entre fisionomía y personalidad.

<sup>12</sup> En el año 1885, se creó el cuerpo de facultativos forenses organizado en tres secciones: la Sección de Medicina y Cirugía; la Sección de Toxicología y Psicopatología y la Sección de Medicina Mental y Antropología (Escaff, 2000; Romero, 2000).

Mira i López como punto de partida de la moderna Psicología Jurídica en España por su influencia y valor científico que ha perdurado en el tiempo.

Emilio Mira i López, nacido en Santiago de Cuba el 24 de octubre de 1896, era hijo de un médico de sanidad militar destinado en este país. Finalizada la Guerra de Cuba, en 1898, Emilio y su familia regresaron a España, viviendo en A Coruña y finalmente asentándose en Barcelona, ciudad en la que Mira i López desarrolló parte de su actividad profesional. Finalizada la guerra civil española, debido a su desempeño como jefe de los servicios de psiquiatría del ejército republicano, tuvo que refugiarse en Inglaterra y después, definitivamente, exiliarse en México, lugar desde el que siguió desempeñando su profesión y prolífera investigación (Carpintero, 2004).

Mira i López destacó dentro de la Psicología principalmente por dos aspectos. Por un lado, como médico psiquiatra y psicólogo representa en España la imagen de la Psicología desde una vertiente científica. De hecho, en el año 1922 presenta en Madrid su tesis doctoral titulada *Correlaciones somáticas del trabajo mental*, trabajo en el que relaciona la presión circulatoria con la realización del trabajo mental y que es considerado el primer estudio de Psicología Experimental realizado en España; y por otro lado, publica en 1932 la primera obra en España basada en la Psicología Jurídica, *Manual de Psicología Jurídica*, obra de referencia y apoyo en la práctica docente, centrada básicamente en la Psicología Criminal, y en la que definió a la Psicología Jurídica como "la Psicología aplicada al mejor ejercicio del Derecho" (pág. 17). Carpintero (1980) señala que la figura de Mira i López representa en España a un conjunto de voces que defienden la necesidad de aproximar las técnicas de las ciencias psicológicas al mundo jurídico y con ello abrir el diálogo entre juristas y psicólogos.

Otras obras relevantes en la trayectoria de Mira i López y relacionadas con nuestro tema de investigación son los textos titulados *Experiencia psiquiátrica en la guerra española* (1939) y el libro *Psyquiatry in war* (1943), obras en las que abordó el conflicto bélico desde una perspectiva psicológica y en las que estudió las consecuencias que estas vivencias ocasionan en los individuos. En éstos, Mira i

López estudió el fenómeno de la *neurosis traumática*, incluyendo entre la sintomatología que la caracteriza el déficit de concentración, la amnesia traumática, las fugas y los estados fóbicos, que coinciden en gran medida con la descripción clínica que se recoge posteriormente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1980, 2002) referida al Trastorno por Estrés Postraumático (Calcedo, 2003; Carpintero, 2004), temática que abordaremos con más detalle en el capítulo 2.

Sin embargo, el exilio de Emilio Mira i López, al igual que el exilio de muchos otros científicos y la entrada en el año 1939 de España en un régimen dictatorial, tradicional y de ortodoxia católica condicionó e impidió el desarrollo de la Psicología, en general, y de la Psicología Jurídica y Forense, en particular. Como consecuencia, la Psicología Jurídica prácticamente desapareció (Nicolás, 1995) hasta los años 70 que volvió a retomar cuerpo a raíz de la creación de la licenciatura de Psicología independiente de la Medicina y de la Filosofía; y gracias a la labor de los psicólogos penitenciarios y, sobre todo, de Munné, Muñoz-Sabaté y Bayés, fundadores de *La escuela de Barcelona de Psicología Judicial* institución que retoma los trabajos de Mira i López (Bayés, 1994).

En los años 80, favorecida por la entrada del régimen democrático, la ciencia psicológica se va desprendiendo de la concepción más tradicionalista y adquiere una vertiente laica y constitucional, apostando, tal como afirma Carpintero (1980), por un enfoque empírico cuya tendencia se había comenzado a desmarcar a finales del siglo XIX (Muñoz y otros, 1980). Así, en los años 80 comienza a hablarse nuevamente de la Psicología Jurídica, aunque ésta todavía estaba desprovista de un enfoque metodológico y sistemático para la aplicación de los conocimientos psicológicos a las ciencias jurídicas (Muñoz y otros, 1980). A pesar de ello, desde la administración de justicia se convocan las primeras plazas de psicólogos para los juzgados (Nicolás, 1995).

Los años 90 suponen para la Psicología Jurídica una época de expansión, gracias a las aportaciones desde diferentes áreas de trabajo: académicos desde las universidades; profesionales desde el *Colegio Oficial de Psicólogos* o incluso de

forma individual (Fariña y otros, 2005). Adicionalmente, durante esta década se llevan a cabo diferentes actividades científicas como Encuentros, Jornadas, Congresos y Máster, que tratan de aunar a los profesionales de la Psicología Jurídica y Forense.

En la actualidad puede considerarse que en nuestro país la consolidación de la Psicología Forense y Jurídica es un hecho constado y que está en alza. Sin embargo, se duda que se convierta en un área autónoma e independiente ya que tal como consideró Carpintero (1994), depende de tres áreas de conocimiento distintas: la Psicología Social (toma de decisiones, prejuicios, representaciones sociales), la Psicología Básica (memoria de testigos, identificación, declaraciones), y la Psicología Clínica (aspectos relacionados con la criminalidad y la victimación); a las que Fariña y otros, (2005), han añadido la Psicología Evolutiva (p.e., temas relacionados con menores en evaluación de custodias o en victimación en menores de abusos y agresiones sexuales).

#### **1.4.2. A modo de reflexión**

En el momento actual la Psicología Jurídica y, sobre todo, la Forense se encuentran en plena efervescencia debido principalmente a la demanda social y judicial; a la confianza que las ciencias jurídicas están depositando en la Psicología; y a la adaptabilidad y capacidad de respuesta de las ciencias psicojurídicas a las necesidades suscitadas en el área legal. De hecho, en línea con lo que sostienen Garrido y Redondo (1992), no estaríamos desencaminados si afirmásemos que, a día de hoy, la Psicología Forense es, en relación con las otras ramas de la Psicología, la que contempla más alternativas de desarrollo en un breve plazo de tiempo.

No obstante, a pesar de los avances logrados, la Psicología Forense afronta el futuro consciente de que todavía le queda un largo trayecto por recorrer. Al respecto, los representantes del área psicológico-jurídica reivindican para la profesión la elaboración, desde la investigación de la Psicología Legal, de protocolos de actuación empíricos y estandarizados, con garantía de fiabilidad, aplicabilidad y

replicabilidad de los resultados; y un mayor grado de especialización de los profesionales que se dedican a la disciplina (Carson y Bull, 1995; Kühne, 2000). En esta línea, destacar que en la actualidad vamos a la cola de Estados Unidos en lo que respecta a la exigencia que se le requiere a los profesionales que aplican la Psicología Forense, ya que, a diferencia de Europa, en EE.UU, la Psicología Forense es una especialidad postdoctoral obtenida tras cursar cinco años de carrera, tres años de doctorado y dos años de especialidad. Este bagaje supone para los profesionales forenses que ejercen en este país un alto grado de reconocimiento y de autoridad, aspecto que en España todavía está por alcanzar consecuencia, entre otras razones, del bajo nivel de exigencia (Jiménez, 2006).

En suma, tras la revisión histórica realizada, se evidencia que las investigaciones en la ciencia psicojurídica, y, en concreto, en el área del Derecho Penal, se han centrado principalmente en la figura del delincuente y en la Psicología Penitenciaria; en el testimonio, en las decisiones judiciales y en los jurados; siendo la víctima y sus circunstancias la gran olvidada. Esta Tesis Doctoral tiene entre sus objetivos contribuir, en la medida de sus posibilidades, a la reparación de la víctima.

A continuación, abordaremos el fenómeno victimológico y, en concreto, el referido a la víctima de violencia de género.





## 2. LA VÍCTIMA DEL DELITO Y DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

### 2.1. Introducción

Aún a día de hoy existen sociedades *primitivas* que conservan ciertos rasgos tribales en los que se confiere a la víctima un papel activo frente al agresor y el agravio cometido por el mismo. Si tomamos como ejemplo Somalia, y en concreto el distrito de Hoan, en Mogadiscio, comprobaremos que en su jurisprudencia se contempla la posibilidad, siguiendo la Ley del Talión, de condenar al agresor a ser castigado de la misma forma en que cometió el crimen, legitimando a la víctima para que ejecute la sentencia dictada por un Tribunal [v. gr., Voz de Galicia 03.05.2006, “un menor venga por orden de un Tribunal y de forma pública, el homicidio de su padre del mismo *modus operandi* en que se cometió el crimen: atestando siete puñaladas al condenado como homicida” (Alí, 2006)]. Por suerte, esta forma de actuación cruenta, y en la que implícitamente se recoge la pretensión de venganza por parte de la víctima, es minoritaria y ha sido superada en la mayoría de las sociedades. Específicamente, en el siglo XVIII la irrupción del concepto de pena como garantía de orden social forjó al estado a asumir la responsabilidad de desempeñar este papel por medio de la figura del juzgador. Así, con la aparición e intervención del Derecho Penal estatal la víctima pasó de asumir un papel vengativo a ostentar otro más pasivo y secundario, siendo el estado el que se responsabilizó del agresor y de la imposición y ejecución de la Ley (Landrove, 1998; Soria, 2006).

No obstante, esta forma de actuación, si bien ha evitado un sistema de venganzas a la hora de resolver un agravio, derivó en que la víctima asumiera un papel secundario frente al agresor, lo que llevó a que fuera la gran olvidada institucional, social y científicamente (Anderson, 1993). De acuerdo con Ferreiro (2005), la creación de un estado de derecho y de un proceso penal ha conllevado una actuación anticriminal “serena, objetiva y desapasionada” (pág. 21), en la que se preservan los derechos del imputado y donde se crea un organismo concreto de acusación penal, el ministerio fiscal que, defendiendo los derechos de la víctima, no actúa en representación de ésta, sino del estado. Esta situación se mantuvo patente

hasta la aparición del movimiento victimológico, y más en concreto, la moderna victimología, con la que se pusieron en marcha diferentes alternativas sociales, económicas, políticas y legislativas con el objeto de otorgarle un mayor protagonismo y, con ello, minimizar las consecuencias derivadas del delito, e, incluso, de la propia actuación judicial, lo que se ha denominado victimación secundaria (Landrove, 1998; Soria, 2006).

## **2.2. La victimología: breve reseña histórica**

Si bien el estudio de la víctima es tan antiguo como la misma humanidad; la aproximación científica no irrumpió hasta terminada la II Guerra Mundial por medio de los principales exponentes del movimiento victimológico, el criminólogo alemán Von Henting y el abogado israelita Mendelsohn (Gisbert, 2005). El primero publicó en 1948 *The criminal and his victim* considerado el punto de partida en los estudios sobre la víctima<sup>13</sup>. En este manual planteó, por primera vez, la idea de que ciertas características, sean éstas personales, sociales o económicas, contribuyen a que las personas puedan ser más o menos más proclives a la victimación, acuñando conceptos como víctima pasiva, cooperadora o provocadora frente al de víctima resistente, concepto criticado ampliamente desde las orientaciones feministas (Landrove, 1998).

A finales de los años cuarenta, Mendelsohn amplió el término *victimología* a todo tipo de víctimas; es decir, no sólo a víctimas de los delitos, sino también a las víctimas de catástrofes naturales y otras. Además, también se centró en la relación existente entre la víctima y el agresor, dando entrada al concepto de *pareja criminal*, diferenciándolo de aquel expuesto por Sighele de *pareja delincuente*, sobre la base de la desigualdad de las relaciones entre uno y otro (Gisbert, 2005; Landrove, 1998). Ambos autores compartieron el interés en analizar las causas de la victimación criminal y las eventuales responsabilidades de las víctimas (Soria, 2006).

---

<sup>13</sup> La obra de Von Henting *The criminal and his victim* se centra principalmente en las causas del delito; en la importancia de la relación entre el delincuente y la víctima; y configura el concepto de *pareja criminal* formada por el delincuente y la víctima. Además, recoge la primera clasificación de las víctimas, prestando atención a los menores, mujeres, ancianos, deficientes mentales, inmigrantes y a la actitud de la víctima frente al victimario.

Estas primeras aportaciones al mundo de la víctima y la ampliación de su alcance y definición fueron claves para que paulatinamente la victimología se fuera desvinculando de la criminología y fuera tomando un cariz independiente (Landrove, 1998). Para ello fueron centrales la proliferación de los movimientos feministas; las investigaciones criminológicas a cerca de la victimación oculta; el uso cada vez más acusado de las encuestas de victimación<sup>14</sup>, el interés suscitado por la relación existente entre la víctima y los espectadores de delitos violentos; y el desarrollo dentro de la Psicología Social de teorías que explicaban los datos obtenidos en victimología (Sangrador, 1986). Además, en el año 1964 en Estados Unidos ocurrió un hecho crítico: una mujer, Kitty Genovese, fue asesinada ante, por lo menos, una treintena de personas. Este suceso despertó la voz de alarma. Ante ello las ciencias sociales comenzaron a buscar explicaciones al comportamiento de estos vecinos (Horowitz y Willging, 1984). Este acontecimiento y el crecimiento de la delincuencia en Estados Unidos en los años 60 y 70 fueron los detonantes para que se diera un giro en la investigación en torno a la víctima (Perles, 2002).

Los años 70, comenzaron con una nueva concepción victimológica<sup>15</sup> considerándose victimación no sólo aquella producida por el victimario, sino también aquella consecuencia de la intervención de las instituciones, lo que posteriormente se denominó victimación secundaria. Será a partir de esta década cuando se pueda aludir a la moderna victimología donde la víctima toma protagonismo en relación con el agresor (Landrove, 1998). Como consecuencia, la victimología pasó a centrarse en los factores de riesgo de victimación, es decir, la vulnerabilidad; en las indemnizaciones a las víctimas; en el diseño de programas de ayuda y tratamiento;

---

<sup>14</sup> Se comenzaron a realizar en EEUU a mediados de la década de 1960, extendiéndose posteriormente su elaboración a Canadá, Australia, Holanda y Reino Unido. Actualmente, se realizan con asiduidad en los países occidentales. Estas encuestas han permitido acceder a información no recogida en las encuestas oficiales, tal como el alto porcentaje de delitos que no llegan al sistema judicial; los motivos que llevan a las víctimas a denunciar que difieren de la finalidad teórica del sistema (v. gr., el castigo del culpable, la aplicación de la pena); el estilo de vida como factor de riesgo de victimación; o la relación previa entre víctima y agresor (Ferreiro, 2005).

<sup>15</sup> Soria (1993) destacó tres aspectos que confluyeron en los años 70 e impulsaron el desarrollo de la nueva victimología: la proliferación de las encuestas de victimización, los desarrollos paralelos en la victimología y los movimientos sociales; fundamentalmente, el movimiento feminista.

en la protección de las víctimas-testigo; en el papel que desempeña la víctima dentro del acto delictivo; y en las consecuencias del mismo (Gisbert, 2005; Landrove, 1998). Desde esta perspectiva, el movimiento victimológico ha provocado un replanteamiento de la relación entre el estado, el delincuente y la víctima; la irrupción de nuevos cauces para afrontar el delito, como pueden ser las intervenciones con la víctima; o, incluso, la reformulación de los objetivos del sistema penal (p.e. la mediación penal) (Ferreiro, 2005; Landrove, 1998). Además, la moderna victimología explicitó como eje central la defensa de los derechos de la víctima en el proceso penal, su asistencia y la prevención victimológica, destacando, en estos últimos años, la intervención y protección a las víctimas de violencia de género.

### **2.3. Aproximación legal al concepto de víctima del delito**

Tras una exhaustiva revisión, hemos comprobado que ni la legislación española, ni la victimología aportan un concepto claro o inequívoco de víctima. En las ciencias jurídicas, por ejemplo, el término víctima carece de tradición, haciendo uso de términos como ofendido, agraviado o perjudicado (Ferreiro, 2005). Así, el término de ofendido se emplea usualmente para hacer referencia al sujeto pasivo del delito, y el de perjudicado para denominar a aquellos que sufren un daño como consecuencia de una acción punible. Ahora bien, tras las últimas reformas del Código Penal, y más en concreto en lo referente a los delitos contra la libertad e indemnidad sexual y la violencia de género, se observa una predominancia del término víctima frente a ofendido o agraviado.

Por su parte, la doctrina victimológica se orientó a una visión dual del fenómeno. Por una parte, la postura mayoritaria que defiende una concepción de víctima centrada, única y exclusivamente, en aquella que sufre las consecuencias de delitos definidos recogidos en las legislaciones penales, nacionales o internacionales; y, por otra, un posicionamiento derivado de los postulados de Mendelsohn que enfoca la victimología desde un campo más amplio comprendiendo cualquier tipo de victimación causada por actos o también por otros fenómenos (p.e., catástrofes naturales).

Adicionalmente, Ferreriro (2005), introdujo dos parámetros relevantes para la elaboración del concepto de víctima en el contexto penal. Primero, el *elemento objetivo*, desde el que subraya la relevancia del delito para entender la existencia de las víctimas. Desde esta perspectiva, el concepto de víctima está estrechamente vinculado al de tipificación legal, esto es, se es víctima porque se ha sido objeto de un delito en la legislación nacional o bien internacional. Dentro de este parámetro también recoge la necesidad de establecer cual es la afectación que el delito produce en el sujeto para que éste sea considerado víctima (p. e., física, psíquica, económica).

Segundo, el *elemento subjetivo*, que incluye a las personas o instituciones que son susceptibles de ser víctimas del delito (p.e., las colectividades, las personas jurídicas, la comunidad o el estado). Desde esta perspectiva se entiende no sólo a la víctima directa sino también a ciertas personas que no guardan con el delito una relación convencional como podría ser la víctima indirecta<sup>16</sup> o los damnificados<sup>17</sup>.

En este contexto, nos inclinamos, mediados por los propósitos de nuestro trabajo, por un concepto de víctima basado en una aproximación mixta entre las ciencias jurídicas y la victimología. Así, entendemos por víctima aquella que haya sido objeto de un delito tipificado en los tratados nacionales (español y gallego) o internacionales y que haya sufrido un daño (en nuestro caso, psíquico) como consecuencia tanto de la acción directa (víctima directa) como indirecta (víctima indirecta o perjudicado) (United Nations, 1988).

### **2.3.1. La víctima del delito en el sistema penal español**

Resulta evidente que cualquier individuo puede ser víctima de un acto delictivo. Cuando esto ocurre, puede pasar que el hecho no sea detectado ni denunciado, por lo que pasaría a formar parte de la llamada delincuencia negra y

---

<sup>16</sup> Ferreiro (2005) definió a las víctimas indirectas como “aquellas cuyos daños no se producen como consecuencia directa del delito, sino más bien a través de personas interpuestas” (pág. 122).

<sup>17</sup> Ejemplo de un damnificado sería aquella persona que como consecuencia de la pena privativa de libertad impuesta a su pareja pierde su fuente principal de ingresos al depender económicamente de ésta.

victimación oculta, o bien, por el contrario, que se ponga en conocimiento de la justicia. En este último caso, forma parte del conocimiento popular que el primer paso que se debe dar para poner en marcha la maquinaria judicial es el de interponer una denuncia en las dependencias policiales, desconociéndose, en la mayoría de los casos, que la *Ley de Enjuiciamiento Criminal* recoge además la posibilidad de que ésta también puede ser presentada ante el juez de instrucción en el juzgado de guardia o bien ante el ministerio fiscal. Asimismo, el ciudadano también suele desconocer que debe personarse como parte de la causa penal, ya que, de no ser así, sólo será llamado, si las partes lo consideran necesario, en la vista oral. Además, tampoco suele tener información sobre las funciones del juez instructor, del ministerio fiscal, del equipo forense o del desarrollo del proceso.

Una vez interpuesta la denuncia, existen diferentes tipos de procesos, según se trate de un delito o de una falta<sup>18</sup>. En el caso de que sea un delito, el procedimiento también variará acorde a la pena prescrita. Si la calificación del delito implica una pena menor de 9 años se le procesará según la *Ley del Proceso Abreviado*<sup>19</sup> que establece que en las dependencias judiciales se informará a la víctima de sus derechos<sup>20</sup>, entre los que destaca el derecho de que ser asistido por un abogado, y que, aún con independencia de ello, el ministerio fiscal<sup>21</sup> llevará a

---

<sup>18</sup> A este respecto, el art. 147. del Código Penal recoge que para que el menoscabo de la salud tenga consideración de delito y no de falta, debe requerir, además de una primera asistencia facultativa, de sanidad, tratamiento médico o quirúrgico, no considerándose como tales el mero seguimiento facultativo del curso de la lesión. A modo de aclaración, Carrasco y Maza (2005) especificaron que la salud psíquica cuando precise de psicoterapia, debe ser considerada como verdadero *tratamiento* a efectos del art. 147 del Código Penal (STS de 20 de noviembre de 1995). Ahora bien, estos autores también informan que el tratamiento psicológico *per se* presenta problemas de prueba cuando no ha sido derivado por un médico.

<sup>19</sup> *Ley Orgánica 7/1988 de 28 de diciembre*, artículo 788, 4º.

<sup>20</sup> Los derechos de las víctimas en el ordenamiento jurídico son: tutela efectiva de los jueces y tribunales; derecho a ser parte del proceso; derecho a ser asistido por un abogado de oficio; representación de los derechos de la víctima por parte del ministerio fiscal; derecho a la reparación de la responsabilidad civil; derecho a recibir tratamiento médico o psicológico; el derecho de la acción popular (p.e., Soria, 1993).

<sup>21</sup> El ministerio fiscal no actúa de letrado de la víctima, de hecho, los intereses del ministerio fiscal no tienen porque coincidir con los intereses del perjudicado, ya que representa al estado y vela ante todo por el principio de la legalidad. Además, según se recoge la *Ley Orgánica 7/1988 de 28 de diciembre*,

cabo las acciones civiles y penales oportunas. Con respecto a las acciones civiles, tanto el letrado de la acusación como el ministerio fiscal tienen entre sus objetivos alcanzar la reparación de perjuicios morales y materiales mediante una indemnización económica para la víctima. Para ello, deberán identificar y cuantificar los daños sociales, económicos, físicos y psicológicos consecuencia del delito. Para esto, se han de valer de estudios periciales<sup>22</sup>. Además y primariamente, las acciones penales se dirigen a la rehabilitación, reeducación y reinserción del penado (Soria, 1993).

Finalmente, la víctima es llamada a testificar en la vista oral que se desarrolla en virtud de los principios de la oralidad, inmediación, igualdad entre las partes, concentración y contradicción, lo que hace imprescindible la presencia de la denunciante. Concluido el juicio, el juez o tribunal, a la vista de las pruebas practicadas, dicta sentencia. Ésta no se notifica a la denunciante que no se haya personado como parte con abogado y procurador. Además, solamente si el condenado es solvente y la víctima puede verse resarcida económicamente, será llamada por la Administración de Justicia para cobrar (Soria, 1993), desoyendo el propio estado la obligación que le impone la *Ley 35/ 1995* de prestar ayuda (económica) a la víctima de delitos violentos y contra la libertad sexual.

Llegados a este punto, deberíamos plantearnos una cuestión, ¿cuál es el papel de la víctima dentro del sistema judicial?

### **2.3.2. El papel de la víctima en el sistema judicial**

El sistema jurídico penal considera a la víctima como un testigo, esto es, un tercero ajeno al proceso y que mediante la declaración oral aporta información sobre el delito. Esto resulta paradójico ya que la víctima en el proceso puede ejercer, como

---

el ministerio fiscal debe velar tanto por las garantías procesales del imputado como por los derechos de la víctimas.

<sup>22</sup> El perito psicólogo puede realizar una valoración del daño psíquico de la víctima y posteriormente, a partir de esta primera evaluación, confeccionar un informe sobre su funcionalidad o el grado de actividad global del perjudicado. De esta manera, se facilita al ministerio fiscal la estimación de una indemnización.

hemos comentado, el papel de acusación particular. Por el contrario, en asuntos penales, el sistema jurídico prevé únicamente una regulación especial para el acusado, eximiéndole, entre otras cosas, del deber de declarar y de decir la verdad. Estas peculiaridades no se dan en el proceso civil, ya que en éste diferencia entre parte y terceros, considerando, única y exclusivamente, a los terceros como testigos cuya función es la de actuar como medio de prueba (Ferreiro, 2005; Martínez, 2008). A pesar de ello, la declaración de la víctima en un proceso penal es imprescindible, sobre todo en aquellos delitos donde no exista otro medio de prueba debido a la privacidad en el que éste se produce (p.e., en los delitos de violencia de género, agresiones sexuales) como así lo ha declarado el Tribunal Supremo<sup>23</sup>. No obstante, desde el punto de vista del decisor, la víctima es quien interpone la denuncia, por lo que no es un tercero ajeno al delito, sino que está implicada directamente. Además, está afectada de alguna manera por el acto delictivo ya que éste ha de provocarle daños, por lo que el resultado del proceso no le resulta indiferente (i.e., si el denunciado es condenado, la víctima puede recibir una indemnización y otros beneficios secundarios<sup>24</sup>) restándole, en consecuencia, la incredibilidad subjetiva. Esto lleva a que el juzgador ponga en duda la fiabilidad del testimonio de la persona agraviada valorándolo según los *criterios de la sana crítica*<sup>25</sup>, respaldados tanto por el Tribunal Constitucional como por el Tribunal Supremo, que utilizará para determinar si el testimonio de la víctima podrá ser admitido como prueba de cargo. Dichos criterios son: la ausencia de incredibilidad subjetiva de la víctima, la posibilidad de corroborar ciertos aspectos de la declaración por medios objetivos de prueba y la realización de la incriminación de modo indubitado y coherente a lo largo del proceso. En ausencia de estos criterios, cuando el testimonio de la víctima es la

---

<sup>23</sup> STS de 12 de febrero de 1995 (AR. 1202): “de no aceptarse esta tesis se llegaría a la más absoluta impunidad de inúmeros ilícitos penales y así, específicamente de los delitos sexuales y algunos robos violentos o intimidatorios que, normalmente, se desenvuelven bajo el más absoluto sigilo, en parajes o lugares solitarios, buscados o aprovechados por el agente para la realización, o cuanto menos, facilitación del proyecto criminoso”.

<sup>24</sup> Carrasco y Maza (2005) afirmaron que en nuestra sociedad existe cada vez más una tendencia hacia la reivindicación, exigencia y reclamación de indemnizaciones económicas, dando como resultado que las víctimas busquen todas las posibilidades de resarcirse de los daños y lesiones.

<sup>25</sup> SSTs de 18 de septiembre de 1990 (Ar. 7181), 25 de noviembre de 1990 (Ar. 7577), 10 de febrero de 1992 (Ar. 1081), 2 de abril de 1992, 29 de diciembre de 1997 (Ar. 9218), 17 de febrero de 1998 (Ar. 1740), 18 de junio de 1998 (Ar. 5590).



única prueba para motivar una sentencia condenatoria, el juez o tribunal no puede condenar al acusado (Ferreiro, 2005; Martínez, 2008). Con la *ausencia de incredibilidad subjetiva*, la jurisprudencia viene a señalar que no puede existir un móvil por el cual la víctima acuse al imputado, sea este, odio, interés económico, familiar o venganza conyugal. Dentro de este epígrafe también se englobarían testigos especiales como los niños, los ancianos o los enfermos mentales, que normalmente gozan de menos credibilidad. Con la *corroboración por datos objetivos* (donde encuadramos el presente trabajo de investigación) la jurisprudencia demanda una declaración lógica y abalada por datos periféricos. Éstos suelen ser los testimonios de otras personas, análisis de ADN o la peritación de lesiones físicas o psicológicas<sup>26</sup>. Aunque estos indicios no prueban directamente la comisión del delito le otorgaran mayor credibilidad a la víctima. El último de los criterios, *la persistencia en la incriminación*, recoge la necesidad, en primer lugar, de que el testimonio de la víctima sea persistente y prolongado en el tiempo, sin titubeos y que sea mantenido en el tiempo sin ambigüedades ni contradicciones (v. gr., testimonio ante la policía, ante el juez instructor, ante el tribunal juzgador)<sup>27</sup>. Además, el testimonio de la víctima debe ser persistente en los hechos en las distintas fases del proceso, exponiendo los hechos de manera lógica y verosímil. En segundo lugar, la declaración ha de ser coherente internamente (el testigo deberá mantener la acusación careciendo ésta de ambigüedades y contradicciones en las diversas declaraciones o en la descripción del hecho delictivo). Para ello, se le pide al testigo que detalle con precisión el objeto del delito, hilando de forma lógica las distintas partes de la declaración (coherencia intrínseca) (Climent, 1991).

Esta forma de proceder a partir de la que el juez obtiene una consideración de verosimilitud del testimonio ha sido fuertemente criticada por la Psicología Social. Así, diferentes estudios realizados desde esta disciplina señalan que la imprecisión y

---

<sup>26</sup> SSTs de 28 de septiembre de 1988 (Ar. 7070), 25 de septiembre de 1990 (Ar. 7577), 5 de abril de 1992 (Ar. 2739), 26 de mayo de 1992 (4487), 11 de octubre de 1992 (Ar. 8231), 14 de marzo de 1994 (Ar. 2315), 11 de octubre de 1995 (Ar. 7852), 29 de diciembre de 1997 (Ar. 9218), 30 de enero de 1999 (Ar. 962).

<sup>27</sup> Cuando se detectan contradicciones en el testimonio del testigo, si el testigo lo consiente, se puede someter su testimonio a contraste. Con ello, el objetivo que se persigue es determinar la razón de esas discrepancias y que el testigo las explique (Ferreiro, 2005).

las contradicciones en el testimonio se pueden deber a procesos en los que no existe una intención consciente de engaño. Ejemplo de ello son las falsas memorias o las interpretaciones subjetivas que hace la víctima del suceso<sup>28</sup>. Incluso el miedo o la ansiedad que el delito provoca en la víctima pueden interferir directamente en la coherencia del testimonio. Esto nos lleva a concluir que a pesar de que la víctima tenga la intención de decir la verdad, puede igualmente caer en incoherencias y contradicciones, sobre todo cuando ha vivenciado delitos altamente violentos<sup>29</sup>. Ante esta circunstancia cabe extremar la precaución en la obtención del testimonio en víctimas especialmente vulnerables como son los menores, deficientes o ancianos, haciéndose recomendable la actuación del psicólogo forense para este cometido (Arce y Fariña, 2005a).

## **2.4. Procesos de victimación criminal**

La victimación criminal es la consecuencia derivada de haber sido objeto de un delito. La literatura científica diferencia tres tipos de victimación: primaria, secundaria y terciaria (Landrove, 1998; Soria 2006). Por *victimación primaria* se entiende el resultado de haber sido objeto de un suceso punible. Este tipo de victimación, incluye las consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales que de la misma se puedan derivar.

Por su parte, la *victimación secundaria* produce un incremento del daño producido por la victimación primaria. Incluso aunque la primaria no haya ocasionado un daño, la secundaria puede producirlo. Este tipo de daño se deriva de la interacción del sujeto que ha sufrido el agravio con una mala praxis por parte de

---

<sup>28</sup> Royuela y Soria (1993) recogieron una serie de variables que se deben tener en cuenta a la hora de valorar la fiabilidad del testimonio. Por un lado, consideran las variables de situación: condiciones físicas en las que acontece el acto delictivo (p.e., iluminación o ángulo visual); tiempo de observación; características de la persona que es observada (p.e., raza, sexo o edad); características del delito; y por otro, refieren variables personales del testigo tales como: edad, habilidades mnésicas, nivel de conciencia, capacidad de lenguaje o salubridad mental.

<sup>29</sup> En línea con lo explicado, desde la psicología social, Sobral (1997) apuntó que la visualización de violencia repercute negativamente en la recuperación de la información del suceso. Esto se relaciona con que en situaciones altamente estresantes el perceptor no codifica de forma adecuada la información.

las instituciones sociales, sean éstas, sanitarias, medios de comunicación, servicios sociales, evaluaciones periciales, interrogatorios policiales o la intervención judicial. Con respecto a ésta última, destaca, como ya hemos apuntado previamente, que los sistemas de represión penal sustituyen a la víctima en la reacción contra los delitos para evitar los sistemas de venganzas, otorgándose preferencia a los intereses del estado frente a los intereses de la víctima (Sangrador, 1986). De hecho, el sistema penal centra su atención en el autor del delito, en su aprehensión, puesta a disposición judicial, enjuiciamiento y condena (Landrove, 1998). Además, el sistema deberá asegurarle un juicio justo, el respeto a sus derechos y la presunción de inocencia, relegando a la víctima a un segundo plano donde pasa a ser un medio para el buen desarrollo del procedimiento, pero no un fin en sí misma (Herrera, 1996).

Recientemente, Soria (2006) ha descrito alguno de los factores del sistema judicial que pueden conducir a una victimación secundaria, entre los que destacan: la despersonalización de la víctima al tratar de objetivar el delito; la falta de información con respecto al desarrollo del proceso judicial y de las consecuencias para el agresor; el déficit atencional y falta de preservación de su intimidad; la aculturación, o, lo que es lo mismo, la deficitaria comunicación con la víctima al no adaptar el lenguaje jurídico y sus tecnicismos a sus capacidades cognitivas; la falta de conocimiento de los roles de los diferentes estamentos judiciales; la lentitud en la resolución del conflicto que interfiere en la correcta recuperación de la víctima, el estrés de la vista oral; y la puesta en entredicho de la veracidad de su testimonio o la identificación del agresor.

De entre todos estos factores, la literatura recoge como el más dañino el trato deficitario, impersonal, indigno, distante y frío a la víctima prestado por el personal de las distintas instituciones con las que interactúa (en especial con la judicial pues será la responsable de resolver su agravio). No en vano, las víctimas de ciertos delitos violentos (p. e., violencia de género, agresiones sexuales) se muestran más preocupadas por la forma en que se va desarrollar el proceso que por el resultado del mismo, mejorando su evaluación del sistema si han recibido un trato digno por parte de la administración de justicia (Ferreiro, 2005).

Finalmente, se define como *victimación terciaria* aquella consecuencia de las dos anteriormente descritas. Ejemplo de ello sería la etiquetación, el desamparo, la estigmatización o la culpabilización que ejerce el grupo social o familiar más cercano sobre la víctima (Dünkel, 1992).

## **2.5. Víctimación psíquica**

Como ya se ha advertido, la victimación criminal es la amalgama de consecuencias derivadas de haber sido objeto de un delito (Arce y Fariña, 1995). Así, un delito puede acarrear en la víctima que lo sufre alteraciones de distinta índole como la pérdida económica, lesiones físicas o menoscabo psicológico, llegando a incapacitar a la víctima en el área social, familiar o laboral, e, incluso, a interferir en el desarrollo del proceso penal, en cuanto a que las víctimas sean necesarias para el esclarecimiento de la investigación o deban comparecer como testigos en la vista oral (Ferreiro, 2005). En esta línea, la literatura forense (Carrasco y Maza, 2005; Peters, 1988) recoge que, tras una vivencia altamente estresante, como es la vivencia de un delito, la respuesta emocional de la víctima a la agresión puede ser un proceso psíquico normal que no conforme un verdadero trastorno psíquico y que evolucione favorablemente en horas o días sin necesidad intervención clínico-sanitaria. Sin embargo, en otras ocasiones, la reacción emocional a un suceso estresante puede superar la intensidad normal convirtiéndose en patológica y configurando un trastorno psíquico (Carrasco y Maza, 2005; Gisbert, 2005; Walklate, 1989).

Hanson, Greenberg y Hymer (1987) coincidieron en señalar tres factores principales que median la intensidad de las respuestas emocionales de la víctima de un delito: la pérdida del sentido de la invulnerabilidad, la percepción de la pérdida de la valía personal y la definición del mundo como un lugar justo. El primer factor, la pérdida del sentido de la invulnerabilidad, protege ante el estrés y la ansiedad asociados a la amenaza de un delito. Cuando se es víctima de un delito, esta creencia de invulnerabilidad se destruye y es fácil el imaginarse nuevamente en el rol de víctima. En segundo lugar, el factor de la percepción de la valía personal, se

refiere a que como consecuencia de un acto delictivo la víctima puede plantearse “por qué le ha tocado a ella vivir esa experiencia”, respondiendo a esta cuestión que no ha obrado de manera adecuada o bien que es diferente a otras personas ya que “ha sido seleccionada”. Por último, la definición del mundo como un lugar justo, puede llevar a que la víctima piense que “cada uno tiene lo que se merece” concepción que puede llevarle a la autoculpación de lo que le ha acontecido.

Tanto los delitos violentos como no violentos pueden ocasionar daño psicológico, pero, la cronicidad de éste se vincula en un mayor medida con los delitos violentos, sobre todo a aquellos que están asociados a la libertad o indemnidad sexual de la víctima<sup>30</sup> (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 1995). No obstante, una misma victimación puede afectar de forma distinta a diversas personas en función de las diferencias interpersonales, contextuales y del delito en cuestión (Arce y Fariña, 1995). A pesar de ello, la reacción psicológica se suele explicar siguiendo una pauta general que se subdivide en tres etapas (Bard y Sangrey, 1979; Burgess y Holmstrom, 1979; Soria, 1993). La primera etapa, la *desorganización*, es inmediatamente posterior a la vivencia del delito y se produce durante un período de tiempo que no excede las 24 horas. En esta, la víctima experimenta un estado de aturdimiento, confusión y desconcierto; y considera la experiencia delictiva experimentada como irreal. Además, se siente desorientada, incapaz de reaccionar de forma adecuada a los estímulos externos, es fácilmente manipulable y no puede valorar de forma efectiva el alcance de los hechos acontecidos. En esta etapa aparecen una serie de sentimientos entremezclados, como el miedo, la culpa y la vergüenza, que provocarán en la víctima desorientación, lagunas de memoria y falta de coherencia en decisiones inmediatamente posteriores a la ocurrencia del delito<sup>31</sup> (Veronen, Kilpatrick y Resick, 1979). Toda esta amalgama

---

<sup>30</sup> Maguire (1980); Sebba (1996); Shover, Fox y Mills (1994) señalaron que delitos como la delincuencia contra la propiedad (v. gr., robos en domicilio), la delincuencia económica o la delincuencia de cuello blanco (v. gr., estafa o fraude) pueden provocar también daño psíquico como sentimientos de culpa, depresión o ansiedad.

<sup>31</sup> Veronen, Kilpatrick y Resick (1979), han propuesto un modelo del miedo y la ansiedad, considerando tres factores principales que interactúan entre sí: el fisiológico, el cognitivo y el conductual. Según los autores el miedo provocaría una reacción fisiológica consistente en incremento del pulso cardíaco, respiración entrecortada, disfunciones gastrointestinales y sudor en las manos. El

de consecuencias está mediada por variables personales del sujeto y por el tipo del delito (v. gr., Arce y Fariña, 1995).

En la segunda etapa, la *reorganización*, que no excede de los tres meses, la víctima trata de comprender lo que le ha ocurrido adaptándolo a su escala de valores. Los sentimientos suelen ser ambivalentes pudiendo comenzar a evidenciar conductas de evitación, temor, llanto, irritabilidad, alteración del sueño, déficit atencional y pensamientos distorsionados (v. gr., todo el mundo quiere hacerme daño). Soria (2006) apuntó que en un 70% de los casos estos síntomas son afrontados con efectividad por la víctima.

Por último, se pasa a la etapa del *establecimiento del trauma* que se inicia a los tres meses, pero que suele ser de inicio demorado. A las alteraciones psicológicas citadas en la segunda etapa se suman la tendencia a la introspección y el aislamiento, la pérdida de autoestima, de confianza en los demás, la angustia, los deseos de venganza o las reacciones agresivas ante cualquier intento de ayuda. Estas alteraciones psíquicas pueden desembocar en trastornos mentales. Carrasco y Maza (2005) recogieron del DSM-VI-TR (American Psychiatric Association, 2002) los trastornos que con mayor frecuencia se catalogan como lesiones o secuelas psíquicas<sup>32</sup> primarias o secundarias:

- Trastornos de ansiedad (crisis pánico, angustia, obsesiones, fobias, estrés agudo, trastorno por estrés postraumático)
- Trastornos del estado de ánimo (episodios depresivos)
- Trastornos somatomorfos (somatización, conversión, dolor, hipocondría, dismorfobia)
- Trastornos disociativos (amnesia disociativa, trastorno de identidad)
- Trastornos adaptativos (ansiedad y depresión)
- Trastornos demenciales, amnésicos y cognitivos

---

factor cognitivo del miedo, daría como resultado pensamientos, imágenes o recuerdos recurrentes; y por último, el factor conductual llevaría a comportamientos de huida e irritabilidad.

<sup>32</sup> Remitiremos al lector interesado en los criterios diagnósticos y evolutivos de los trastornos mentales mencionados (a excepción del TEP, que expondremos con detalle en los siguientes apartados) al manual de referencia DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

- Trastornos de abuso o dependencia de sustancias
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos de la disfunción sexual

Entre estos trastornos resaltamos el Trastorno de Estrés Postraumático (a partir de ahora TEP) por ser la huella psíquica consistente inter-delitos y victimaciones y permitir dar respuesta a la demanda jurisprudencial del establecimiento de una relación causa-efecto. Por último destacar, con relevancia para el ámbito forense, que será a partir de esta etapa cuando se produzca una valoración más clara de las secuelas<sup>33</sup>.

### **2.5.1. El Trastorno de Estrés Postraumático**

#### **2.5.1.1. La controversia del diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático**

El ser humano ha mantenido durante su historia una estrecha relación con situaciones altamente estresantes entre las que destacan aquellas asociadas a las contiendas bélicas. Sin ir más lejos, la II Guerra Mundial ha dejado tras de sí miles de testimonios que recogen experiencias terroríficas. Muestra de ello son, entre otros, los escritos legados por Ana Frank, Irene Némirovsky, Victor E. Frankl o Primo Levi.

A modo de ejemplo, citaremos la obra autobiográfica del químico judío-italiano Primo Levi, que fue capturado en 1943 por el ejército alemán y deportado al campo de concentración de Auschwitz durante diez meses. Como superviviente de esta atroz vivencia publicó la trilogía, *Si esto es un hombre* (1958), *La Tregua* (1963) y *Los hundidos y los salvados* (1986), donde recogió la pavorosa experiencia a la que fue sometido junto a sus compañeros en el *Lager*<sup>34</sup>. En esta trilogía, Primo Levi narró como los prisioneros del *Lager* fueron esclavizados y sometidos a torturas

<sup>33</sup> Junto a estos trastornos están otros que difícilmente podrán alcanzar la consideración de lesiones en el sentido jurídico del término: trastornos congénitos, psicóticos, bipolares, de personalidad o patrones de conducta establecidos desde periodos tempranos del desarrollo. Su etiología no se deriva directamente de un tercero (Carrasco y Maza, 2005).

<sup>34</sup> Término alemán con el que se hace referencia a los campos de exterminio.

físicas y psíquicas de todo tipo; y cómo aceptaron la muerte y la destrucción como inevitables. El autor, como partícipe directo de esta experiencia traumática, lejos de hacer apología del TEP, relató, desde su perspectiva personal, como hubo dos tipos de supervivientes, “los que rehúsan regresar, o incluso hablar del tema; los que querrían olvidar pero no pueden, y viven atormentados por pesadillas; y los que al contrario, han olvidado, han extirpado todo y han vuelto a vivir a partir de cero” (pág. 320; Levi, 2002). En el primero de los grupos, Primo Levi incluyó a los supervivientes que no tenían un compromiso político preciso, por lo que la experiencia traumática para ellos había sido gratuita y vacía de significado. En el segundo de los grupos, el autor citó a los prisioneros políticos, a los prisioneros que poseían una fuerte convicción religiosa o una fuerte conciencia moral, aspectos que, según el Primo Levi, actuaron como filtro entre la experiencia traumática y la persona, atenuando la intensidad del impacto emocional<sup>35</sup>.

Esta reflexión del autor coincide con lo que los estudiosos del TEP han constatado sobre las experiencias traumáticas: aún experimentando un grupo de personas una misma experiencia altamente estresante, ésta puede tener en ellos efectos muy diferentes. De hecho, se constata que mientras unos son capaces de superarlas, a otros les dejan secuelas en su temperamento y carácter; los anclan permanentemente al acontecimiento traumático y les altera la capacidad de poder interpretar la realidad de una manera adecuada (Arboleda-Flórez, 2003; Calcedo, 2003; Cano, 2000). Esta característica hace del diagnóstico del TEP un tema controvertido, ya que a pesar de estar reconocido como categoría diagnóstica en el manual psiquiátrico de referencia de los trastornos mentales, el DSM-IV-TR, no parece una entidad objetiva, universal y atemporal (González y Pérez, 2007).

#### **2.5.1.2. TEP: albores y reconocimiento como trastorno mental en el DSM**

El reconocimiento del TEP como una entidad clínica objetiva es relativamente reciente (1980), aunque su estudio se remonta a varios siglos atrás (Choy, 1992). Esto se debió, en buena medida, a que la neurosis traumática, antigua

---

<sup>35</sup> Desgraciadamente, Primo Levi no pudo soportar la tragedia experimentada y terminó por suicidarse en Turín en el año 1987.



denominación con la que se conocía al TEP, estaba vinculada a la simulación y al neuroticismo (Calcedo, 2003).

La base teórica del TEP se enraiza en la escuela francesa de mediados del siglo XIX, cuyos máximos representantes, los neurólogos Jean Martin Charcot y Pierre Janet, estudiaron la relación entre la histeria y los traumas previos. Charcot postuló que el *choc nerveaux*, esto es, la experiencia de un trauma, podía acarrear en el paciente un estado mental similar al inducido mediante la hipnosis, condición fundamental que debía darse en el proceso que denominó como *autosugestión histerotraumática*. Complementariamente, Janet, siguiendo la línea abierta por Charcot, introdujo el término *subconsciente* para hacer referencia al conjunto de recuerdos que conforman los esquemas mentales que guían al sujeto en relación con su ambiente (Van der Kolk y Van der Hart, 1989); y, dentro de éste, desarrolló, por un lado, la idea de *fobia de memoria*, vinculada a la escisión de la conciencia (disociación) de los recuerdos traumáticos, y, por otro, observó en los pacientes traumatizados la reexperimentación ante situaciones que les recordaban al trauma (Van der Kolk, Weisaeth y Van der Hart, 1996). Además, Janet advirtió que el esfuerzo mental del sujeto traumatizado por eliminar de la conciencia el recuerdo del trauma producía tal desgaste que repercutía en su rendimiento laboral y social.

Posteriormente, el TEP fue reinterpretado desde la perspectiva psicoanalítica por Sigmund Freud, discípulo de Charcot, que vinculó la neurosis traumática, no a eventos de carácter traumáticos como sus antecesores, sino a la represión de pulsiones sexuales durante los conflictos de la fase edípica en la infancia (Van der Kolk, Weisaeth y Van der Hart, 1996). Esta conceptualización psicoanalítica más que promover el desarrollo del TEP trajo como consecuencia una reactancia hacia su consideración y existencia.

Otra figura a destacar en la investigación del TEP es la de Edouard Stierlin quien, entre 1906 y 1907, estudió por primera vez este trastorno en una población no clínica; en concreto, en una población de mineros que había sufrido o estado expuesta a un accidente grave y en un grupo de supervivientes de un terremoto acontecido en la ciudad italiana de Messina. Entre otros aspectos, Edouard observó que el 25% de los supervivientes sufrían alteraciones en el sueño y pesadillas. Estos

resultados apuntaban hacia la existencia de cierta vulnerabilidad hacia el TEP más que a una predisposición hacia el mismo (Breslau, Chilcota, Kessler, Davis, 1999; Breslau, Davis, Andreski, Peterson, 1995; Yehuda, Schmeidler, Wainberg, Binder-Brynes; Duvdevani, 1998), supuesto que se sostiene en la actualidad.

Otra aportación relevante fue la realizada tras la I Guerra Mundial por el alemán Bonhoeffer en un momento histórico caracterizado por un gran desarrollo industrial y por la creación de sistemas de previsión social y pensiones. Bonhoeffer concibió la neurosis traumática como una enfermedad social que necesitaba de una cura social. Al respecto, concluyó que la sintomatología traumática se mantenía por la posibilidad de obtener una compensación económica, argumentando que mientras los traumas fueran indemnizables, éstos serían incurables. Desde su punto de vista, la persona aquejada de sintomatología traumática presentaba una concepción propia de justicia centrada en su experiencia corporal, reivindicando un derecho que entendía como legítimo ya que consideraba que presentaba unas capacidades limitadas y estimaba que debía ser compensada económicamente por ello. Esta postura, que ha persistido hasta el día de hoy en Alemania, llevó a la modificación del el nombre de neurosis traumática por el de *neurosis de renta*<sup>36</sup> (Calcedo, 1975, 2003).

En España, coincidiendo con la Guerra Civil y la II Guerra Mundial, destacaron los trabajos, de clara ascendencia alemana, de López Ibor y Mira i López. El primero publicó en 1942 la obra *Neurosis de Guerra* donde recogió un pormenorizado estudio sobre las posibles respuestas del sujeto ante el estrés bélico. Mira i López, por su parte, escribió la obra *Psychiatry in war* (1943) donde describió la neurosis traumática como resultado de la lucha entre el miedo que sufre el soldado y su sentido del deber, conflicto que queda relegado en el plano inconsciente. Además, Mira i López informó, entre la sintomatología traumática, del déficit de concentración, la amnesia traumática, las fugas y los estados fóbicos.

La primera descripción del TEP viene de la literatura científica en la segunda mitad del siglo XIX. Ésta aparece vinculada a las víctimas de los accidentes

---

<sup>36</sup> En Alemania se utiliza el término *Rentenneurosen*; en Reino Unido *Following trauma* y en Francia *Sinistrosis*.

ferroviarios. A este respecto, el médico británico Jonh Erich Erichsen denominó a la sintomatología que desarrollaban estas víctimas como *railroad spines* y Oppeheim (Tiburcio, 1995) las denomina *neurosis traumáticas*. En la misma línea, se describió un tipo de sintomatología relacionada que aparecía en los marineros que habían pasado largo tiempo embarcados, que se etiquetó como *war sailor syndrome*.

A pesar de estos antecedentes, como venimos reseñando, el área en que más interés ha suscitado el estudio del TEP es el vinculado a los conflictos bélicos (Albuquerque, 1992). Durante la Guerra Civil de los Estados Unidos, el médico Jacob da Costa, en 1871, refirió entre combatientes síntomas de intensa ansiedad, pesadillas, recuerdos intrusos y somatización. A este conjunto de síntomas, Jacob los denominó *corazón de soldado o corazón irritable*, deduciendo erróneamente que estos síntomas derivaban de una enfermedad funcional del corazón (Albuquerque, 1992). Posteriormente, durante la I Guerra Mundial se pensó que la sintomatología cardíaca que presentaban algunos soldados se debía al efecto pernicioso de las ondas expansivas de las bombas en el cerebro de éstos, por lo que se comenzó a hablar del *shock de las bombas*. Años más tarde, con la II Guerra Mundial la sintomatología observada en los soldados de las trincheras se pasó a denominar *neurosis de combate*; y comenzó a hablarse del *síndrome de los campos de concentración*, por la sintomatología traumática que aparecía acompañada por cambios en la personalidad en los supervivientes de los campos de exterminio (Avia y Vázquez, 2006). Asimismo, también se acuñaron términos como *astenia neurocirculatoria*, *shell shock*<sup>37</sup> o *neurosis traumática* (Calcedo, 2003) para definir a un conjunto similar de síntomas.

A raíz de los primeros estudios sobre situaciones traumáticas asociadas a contiendas bélicas Kardiner publicó en 1941, la obra *The Traumatic Neursis of War*, en la que se recoge que algunos de los excombatientes se encontraban fijados al

---

<sup>37</sup> Un militar británico acuñó este término para hacer referencia a ciertos soldados británicos que presentaban sintomatología relacionada con la evitación y la reexperimentación. En aquella época el estudio de esta sintomatología era un aspecto muy relevante ya que en Gran Bretaña se penaba con la muerte el delito de cobardía, por lo que los soldados no querían ser tratados como cobardes, los médicos no querían *diagnosticar* de cobardía y las autoridades militares no sabían cómo explicar que ciertos soldados que habían combatido en el frente heroicamente se hundieran de forma repentina (Calcedo, 2003).

acontecimiento traumático que habían vivenciado y presentaban un conjunto de síntomas característicos (v. gr., irritabilidad crónica, vigilancia, sobresalto, irritabilidad, reexperimentación), bautizando el síndrome como *neurosis de guerra*. Estas observaciones quedaron reafirmadas con nuevos estudios realizados con los veteranos de la guerra del Vietnam que presentaban problemas de adaptación a la vida civil como pesadillas, irritabilidad, miedo y/o flashback. Además, los excombatientes del Vietnam tuvieron que enfrentarse a dos situaciones extra a la situación de combate. Por un lado, a la falta de reconocimiento social por la impopularidad de esta contienda; y, por otro, a la falta de reconocimiento e indemnización de sus dolencias emocionales (Arboleda-Flórez, 2003). Además, en esta misma época otro grupo de presión social, el de las feministas, reconocía sintomatología psíquica similar a la de los excombatientes en mujeres y niños expuestos a traumas acontecidos en la vida civil: violaciones o agresiones sexuales. Esta realidad quedó recogida en la obra de Judith Herman *Trauma and recovery* (1994) y en lo que Ann Burgess y Linda Holstrom en 1974 han denominado como *síndrome de la mujer violada*. La apertura de estas líneas de investigación derivó en una mayor sensibilización social con respecto al tema de la violencia de género (Breslau, Chilcota, Kessler y Davis, 1999).

Estos dos grupos de presión, los excombatientes y las feministas, junto a las formulaciones de los psiquiatras, los argumentos judiciales, la reivindicación moral y la presión política (González y Pérez, 2007), llevó a que estos síndromes (v. gr., mujer violada, mujer maltratada, niño maltratado, veterano de guerra) se incluyeran en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980)<sup>38</sup> bajo la categoría del Trastorno de Estrés Postraumático (Avia y Vázquez, 2006; Calcedo, 2003), que viene a ser una nueva etiqueta para lo que en su momento Kardiner había denominado *neurosis de guerra* (Arboleda-Flórez, 2003).

El TEP, como nueva entidad clínica, subrayó la relevancia del acontecimiento traumático para el desarrollo del trastorno, exigiendo de éste una extraordinaria intensidad. Además, recogió una característica fundamental que lo diferencia del resto de los diagnósticos recogidos en este manual: es el primer diagnóstico

---

<sup>38</sup> Esta inclusión en el DSM-III fue excesivamente rápida ya que ni siquiera se realizaron estudios de campo, aspecto que fue subsanado con el DSM-IV (Calcedo, 2003).

psiquiátrico cuyo origen es social, externo y observable (en lugar de deberse a problemas internos o inherentes a la personalidad del afectado) (Arboleda-Flórez, 2003). Por ello, González y Pérez (2007) apuntaron que, con la aparición del TEP como categoría diagnóstica, más que un reconocimiento clínico de este trastorno lo que hubo fue un reconocimiento oficial (público, moral y político) de los veteranos del Vietnam y de otros grupos de víctimas que permanecían ocultas (i.e., de abusos, de agresiones sexuales). Con ello se trataba de reparar lo que Illich (1987) acertó a denominar iatrogenia cultural.

Posteriormente, el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) modificó los criterios que definen al TEP. En concreto, su etiología: el agente traumatizador, pasa de ser un suceso caracterizado por una excesiva intensidad, muy por encima de las situaciones normales de la vida (v. gr., desastres naturales, tortura, violaciones), a convertirse en una mera exposición a un acontecimiento estresante, cuya intensidad sólo puede ser evaluada por el paciente a partir de sus síntomas. De este modo, cabe la posibilidad de que las personas ante pequeños estresantes, respondan de una manera catastrófica. Adicionalmente, el DSM-IV recogió que la sintomatología traumática puede ser desarrollada por víctimas indirectas, esto es, por personas que hayan presenciado el acontecimiento desde una distancia segura e incluso por personas que escuchan los detalles del acontecimiento traumático experimentado por otros. Desde esta nueva perspectiva, el trauma sería cualquier acontecimiento que se ha vivido, observado o del que se ha oído hablar, que es reconocido por la persona como traumático y que desencadena sus síntomas. Por lo tanto, la naturaleza del trauma y su nivel de gravedad, tal como hemos apuntado en el epígrafe anterior, se asentarán en la idiosincrasia y subjetividad del sujeto.

Ante esta realidad, Paris (1999) explicitó de las dificultades de la validez diagnóstica del TEP. Según el autor, si bien el TEP presenta una descripción precisa, carece de marcadores biológicos identificados; límites claros frente a otros trastornos ya que contiene síntomas que se incluyen en otras enfermedades mentales<sup>39</sup>; evolución en estudios de seguimiento; y un patrón genético. Abundando

---

<sup>39</sup> Por ejemplo, las preocupaciones propias de los trastornos de ansiedad que se pasarán a denominar *reexperiencias intrusas*; las reacciones fóbicas denominadas ahora *conductas de evitación*

más, el diagnóstico del TEP está basado en subjetividades, ya que depende de la interpretación que haga el sujeto del mismo, por lo que obedecerá a una relación entre un estímulo objetivo, el hecho traumático y la vulnerabilidad o capacidad superativa del sujeto (elemento subjetivo).

En conclusión, si bien el TEP es una entidad clínica reconocida por la comunidad científica, también es parte de una realidad histórico-social con la que se pretendió, y con la que se pretende, dar solución a un complejo entramado moral, político y económico (González y Pérez, 2007) que se ha extendido de los veteranos de la guerra del Vietnam hasta, en nuestros días, las víctimas de violencia de género. Todas estas peculiaridades hacen del diagnóstico del TEP una tarea difícil y controvertida, sobre todo para los profesionales que desarrollan su labor profesional en el ámbito legal y forense; y en el que entran en juego indemnizaciones económicas y beneficios secundarios (Calcedo, 2003).

#### **2.5.1.3. TEP: criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial, comorbilidad y epidemiología**

La literatura científica es unánime a la hora de señalar que los acontecimientos traumáticos pueden producir modificaciones, tanto en el plano biológico, como en el psicológico del individuo que los sufre (i.e., Calcedo, 2003). De la revisión de los estudios neurobiológicos, neurofisiológicos, neuroradiológicos y neuroendocrinos sobre el TEP, se concluye que todavía quedan muchas lagunas por aclarar sobre las bases biológicas de este trastorno y que no son constitutivos de prueba de cargo en un tribunal (Calcedo, 2003; Nutt, 2000; Shalev, Rogel-Fuchs y Pitman, 1992; Southwick, Bremner, Rasmusson, Morgan, Arsten y Charney, 1999; Squire y Zola-Morgan, 1991; Yehuda, Southwick, Giller, Xiaowan y Mason, 1992). Por ello, sólo la huella psicológica será utilizada por el profesional forense en la evaluación de este trastorno mental.

---

o la irritabilidad y los problemas del sueño que pasarán a incluirse en la *activación automática aumentada* (González y Pérez, 2007).

Como hemos referido, los criterios diagnósticos para el TEP se formularon por vez primera en el DSM-III<sup>40</sup> (American Psychiatric Association, 1980). Éste se recogió dentro del epígrafe dedicado a los trastornos de ansiedad. Posteriormente, con modificaciones, se volvieron a registrar en el DSM-III-TR (American Psychiatric Association, 1987), en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). En todos ellos se identifica al estrés como la causa del TEP, resultado de la exposición del sujeto, única o repetida, a un acontecimiento traumático (altamente estresante para el sujeto). Los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR y la CIE-10 se muestran en las Tablas 1 y 2.

El DSM-IV-TR establece la especificación entre TEP agudo<sup>41</sup>, si los síntomas duran menos de tres meses, crónico, si los síntomas duran tres meses o más y de inicio demorado cuando se inicia transcurridos, al menos, seis meses desde la vivencia del evento traumático. Por su parte, la CIE-10 no diferencia entre trastorno agudo y crónico, pero sí contempla el inicio moderado. Así, si desde el acontecimiento al comienzo de los síntomas ha transcurrido mucho tiempo, la CIE-10 aconseja el diagnóstico de *transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (F62.0)*.

Otra diferencia entre el DSM-IV-TR y la CIE-10 es la referida al criterio A1 del DSM-IV-TR (respuesta de temor, desesperanza o horror intensos), criterio exigible en el DSM-IV-TR, pero no en la CIE-10 (Yule, Williams y Joseph, 1999). Además, la CIE-10 exige la presencia de un solo síntoma del criterio de *evitación* mientras que el DSM-IV-TR requiere, por lo menos, tres (Davidson, 2000). Las diferencias entre

---

<sup>40</sup> Las primeras clasificaciones definían el trastorno de estrés como un fenómeno agudo y limitado en el tiempo que remitía con el paso del tiempo excepto en situaciones en que había características psicopatológicas preexistentes. Así, el DSM-I (American Psychiatric Association, 1952) lo denominaba como *reacción intensa de estrés* y el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) lo consideraba *trastorno situacional transitorio* o *neurosis de ansiedad*.

<sup>41</sup> Esta diferenciación tiene consecuencias muy relevantes desde el punto de vista jurídico, ya que si el trastorno psíquico remite estamos hablando de una *lesión psíquica* y si se cronifica de una *secuela psíquica*. Esta diferenciación repercutirá además en la cuantía de la indemnización económica que cobre la víctima, la que, evidentemente, será mayor en el caso de que padezca una secuela que en el caso de que padezca una lesión.

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002)	
Criterios	Formas
<b>A. Exposición.</b> La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha experimentado, presenciado, o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás.</li> <li>-Ha respondido con temor, desesperanza o con horror intensos.</li> </ul>
<b>B. Reexperimentación.</b> La persona experimenta persistentemente el acontecimiento traumático (1 o más).	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recuerdos del acontecimiento (imágenes, pensamientos o percepciones) recurrentes e intrusos causantes del malestar.</li> <li>-Sueños sobre el acontecimiento recurrentes causantes de malestar.</li> <li>-La persona <i>actúa como si o tiene la sensación de que</i> el acontecimiento traumático está ocurriendo (reviviscencias, ilusiones, alucinaciones, flashbacks).</li> <li>-Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento.</li> <li>-Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento.</li> </ul>
<b>C. Evitación.</b> Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (3 o más).	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento traumático.</li> <li>-Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que despiertan recuerdos del trauma.</li> <li>-Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.</li> <li>-Disminución marcada del interés o la participación en actividades significativas.</li> <li>-Sentimientos de distanciamiento de los otros.</li> <li>-Restricción de la vida afectiva.</li> <li>-Sentimientos de un futuro desolador.</li> </ul>
<b>D. Activación.</b> Síntomas persistentes de aumento de arousal (2 o más)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dificultad para conciliar o mantener el sueño.</li> <li>-Irritabilidad o ataques de ira.</li> <li>-Dificultades de concentración.</li> <li>-Hipervigilancia.</li> <li>-Respuestas de sobresalto exageradas.</li> </ul>
Los síntomas (B, C y D) se prolongan más de un mes.	
Las alteraciones	



producen malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes.	
---	--

*Tabla 1.* Criterios diagnósticos del TEP recogidos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

<b>CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)</b>
<b>Criterios</b>
<b>A. Exposición.</b> El paciente ha estado expuesto a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo discomfort en casi todo el mundo.
<b>B. Reexperimentación.</b> Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
<b>C. Evitación.</b> Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.
<b>D. Una de las dos:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.</li> <li>Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Dificultad para conciliar o mantener el sueño.</li> <li>Irritabilidad.</li> <li>Dificultades de concentración.</li> <li>Facilidad para distraerse.</li> <li>Sobresaltos y aprensión exagerados.</li> </ol> </li> </ol>
<b>E.</b> Los criterios B, C y D se cumplen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo).

*Tabla 2.* Criterios diagnósticos del TEP recogidos en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

ambos sistemas carecen de relevancia desde el punto de vista clínico, pero no es así desde la perspectiva epidemiológica. Así, Andrews, Slade y Peters (1999) en un estudio con una muestra clínica hallaron que la prevalencia del TEP con los criterios de la CIE-10 sería del 6,9% y sólo del 3% con los criterios del DSM-IV.

Ahora bien, ambos sistemas de clasificación coinciden en la consideración de la reexperimentación como un factor psicológico clave, elemento diferenciador fundamental con el resto de los trastornos mentales. En relación a qué criterios tomar, Montgomery y Bech (2000) recomiendan la utilización del DSM-IV-TR a la CIE-10.

Como diagnósticos diferenciales del TEP se recogen el trastorno de adaptación, el trastorno de estrés agudo, el obsesivo-compulsivo, los trastornos de personalidad, la reacción de duelo, los trastornos disociativos, facticios y la simulación. Además, la comorbilidad de este trastorno es muy elevada con otros trastornos (sobre todo con trastornos afectivos y de ansiedad tanto del Eje I como del Eje II del DSM-IV-TR): trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y suicidio; psicosis reactiva breve, trastorno disociativo de identidad múltiple, fuga disociativa, amnesia disociativa, trastornos de conversión, de despersonalización, por somatización, de personalidad tipo límite o antisocial o trastornos mixtos de la personalidad, hipocondriasis, histeria o trastorno adaptativo (p. e., Brooks, 1995; Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Embry, 1990; Green, Lindy y Grace, 1985; Schiebe, Bagby, Miller y Dorian, 2001).

A este respecto, Simon (1995) refirió que existen tres hipótesis que explican la comorbilidad relacionada con la aparición del TEP:

- a) La presencia de trastornos comórbidos incrementa la susceptibilidad y reactividad ante los sucesos traumáticos.
- b) Los trastornos comórbidos son una complicación de los acontecimientos traumáticos.
- c) Contribuyen al mantenimiento de los síntomas del TEP

No existe una homogeneidad epidemiológica en torno al TEP; de hecho, mientras unos autores apuntan a una cifra de prevalencia oscilante entre el 1% y 2% en la población adulta, tasa similar a la de la esquizofrenia (Helzer, Robins y McEvoy, 1987; Keane, 1989), otros autores señalaron que la prevalencia del TEP en la población general está en torno al 9,2% evolucionando hacia la cronicidad<sup>42</sup> en más de un tercio de los pacientes (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1995). Esta controversia evidencia que se necesitan nuevos estudios epidemiológicos de la población general realizados con una mayor precisión y con criterios de valoración homogéneos (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995).

Aún así se estima que alrededor de un 30% de la población en general se ve expuesta en su vida a algún acontecimiento que pueda desencadenar este trastorno, pero que sólo entre el 10% y el 20% lo desarrollan. Incluso en los eventos más traumáticos y devastadores, el cuadro de un TEP no se desarrolla en más del 50% de los expuestos (Simon, 1995). La Nacional Comorbidity Survey (Kessler, Sonnega, Hughes y Nelson, 1995) informó que en la población normal un 60% de los hombres y un 50% de las mujeres han presenciado o experimentado algún acontecimiento potencialmente traumático (p.e., agresiones, accidentes, violaciones, catástrofes naturales). Resultados semejantes se han obtenido en muestras no clínicas por Mcfarlane y Girolamo (1996) y Norris (1992). Según un informe oficial de la Federación Internacional de la Cruz Roja (1993), entre los años 1967 y 1991 los desastres han matado a más de 7 millones de personas y han afectado de manera directa a 3.000 millones en todo el mundo<sup>43</sup> (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 1993). Parece, por tanto, que las situaciones que podemos denominar como traumáticas son más frecuentes de lo que pensamos. Sin embargo, la probabilidad de desarrollar un TEP es relativamente baja. Como consecuencia, muchos autores apuntaron que la mayoría de las personas expuestas

---

<sup>42</sup> Por cronicidad, tal como se recoge en el DSM-IV-TR, nos estamos refiriendo a que los síntomas no han remitido pasados tres meses tras la exposición del sujeto al evento estresante.

<sup>43</sup> Estos datos no están homogéneamente distribuidos ya que como muestra el estudio entre el año 1967-1991, 117 de millones de personas de países en vías de desarrollo se vieron afectadas por desastres frente a las 700.000 en países desarrollados.

a un trauma no desarrollarán la enfermedad (v. gr., Show, Stelleman, Stelleman, Sommer y Sommer, 1998).

Esta peculiaridad ha llevado a que muchos estudios en torno al TEP se hayan encaminado a la investigación de las variables que median el impacto de la vivencia traumática sobre el individuo y que se dividen en dos tipos: exógenas y endógenas.

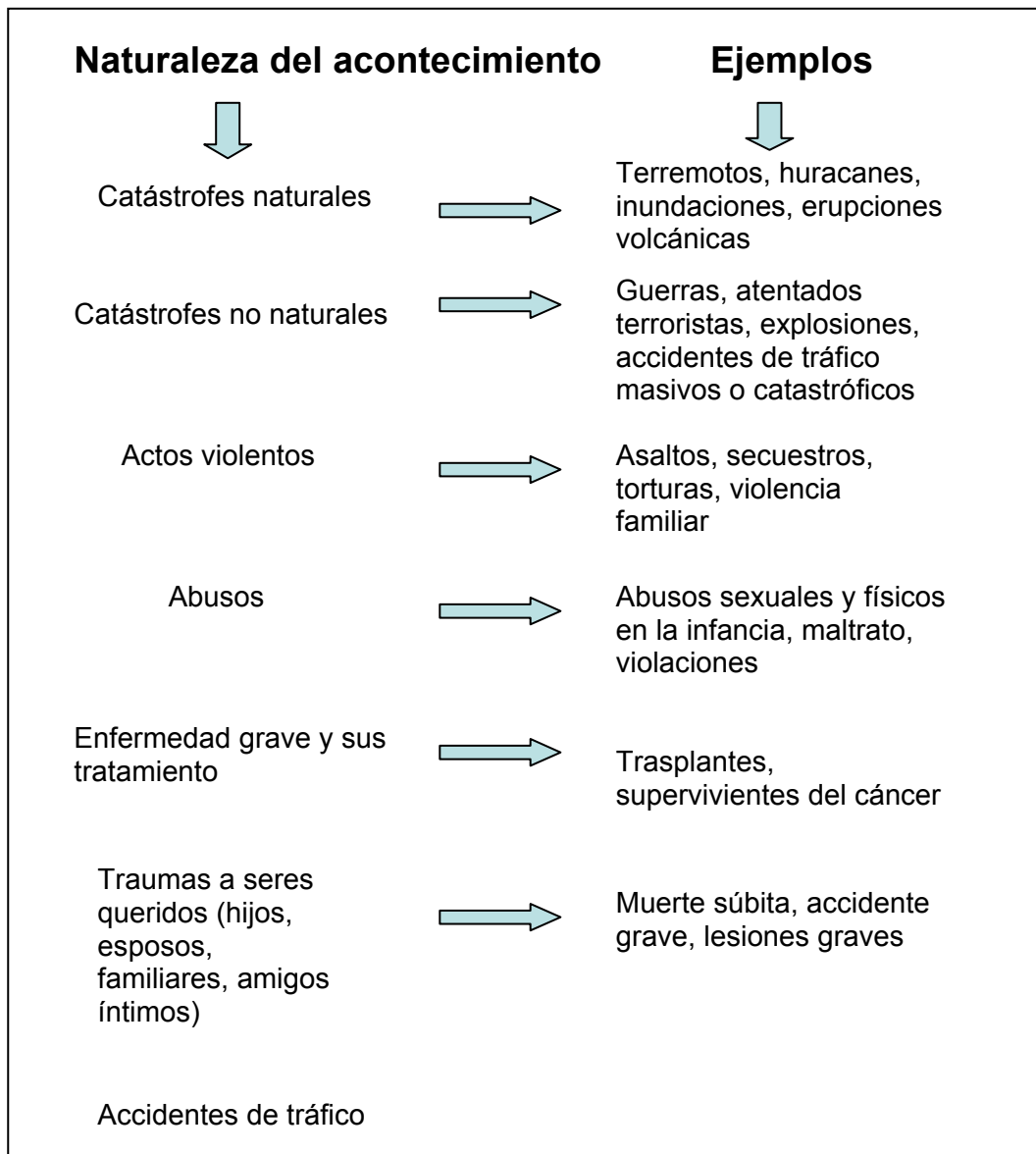
#### **2.5.1.4. El rostro objetivo y subjetivo del TEP**

Como ya hemos comentado, la literatura científica cita sistemáticamente la vivencia de un acontecimiento traumático como elemento crucial para determinar la existencia de daño psíquico; no obstante, en la práctica profesional forense no siempre es fácil establecer qué es o no un acontecimiento traumático. Por poner un ejemplo, una guerra o un atentado terrorista es fácil de determinar, pero, el fallecimiento de un familiar por causas naturales es de dudosa consideración. Ante esta realidad, en la actualidad existe la tendencia a evaluar, además del agente traumático, la interpretación que el sujeto hace del acontecimiento (criterio A-2 del DSM-IV-TR). De hecho, esta es la recomendación hecha por muchos expertos en el área (p.e., Carrasco y Maza, 2005; Gisbert, 2005; Montgomery y Bech, 2000). Desde esta perspectiva, la vivencia estresante, como hemos apuntado, será tenida en cuenta desde una doble vertiente. En primer lugar, atendiendo a su forma objetiva o exógena (su naturaleza), y, en segundo lugar, a la subjetiva o endógena (la interpretación que hace el sujeto). Esto explicaría la razón de por qué ante un mismo acontecimiento hay reacciones tan diferentes<sup>44</sup>.

Atendiendo al cariz exógeno y objetivo del estresor, se ha considerado que ciertas características de éste, como son su intensidad y frecuencia, aumentan la probabilidad de que se desencadene un TEP. Por otro lado, se ha venido observando que hay más posibilidades de que se desarrolle un trauma por un evento provocado por el ser humano que por consecuencia de un desastre natural (Breslau y Davis, 1992; Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1995). La Figura 1

---

<sup>44</sup> En la literatura se ha hallado que un acontecimiento traumático puede repercutir positivamente en la persona que lo ha sufrido, ya que puede facilitar que ésta reorganice su vida, sus valores u objetivos (Ursano, 1987).



*Figura 1.* Acontecimientos que se han contemplado como más susceptibles a desarrollar TEP.

ilustra los acontecimientos que se han contemplado como más susceptibles a desarrollar TEP.

Además, diferentes estudios han hallado que no existen estresantes universales. Así, el TEP se ha registrado en el 3,5% de los soldados de combate no heridos; en el 20-40% si han resultado heridos y en un 50% si han sido hechos prisioneros (Kinzie, 1990). En conjunto, sólo el 15% de los veteranos del Vietnam cumplen los síntomas de un TEP. Kuch y Cox (1992) informaron que, 40 años después, el 50% aún manifiesta sintomatología traumática. En esta línea, parece

que el acontecimiento estresante que implica un mayor desarrollo de un TEP es la agresión sexual, estimándose éste entre el 50 y el 70% (Darles-Bornoz y Lépine, 1999; Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 1995; Paúl, 1995). No obstante, no existe homogeneidad epidemiológica y otros estudios han arrojado probabilidades menores. Por ejemplo, Edna Foa (1997), tras un repaso de las cifras de prevalencia, indicó que el TEP aparecía en el 13% de las 14 millones de mujeres que han sido víctimas de agresión sexual y en el 3.4% de las que han sido víctimas de abusos físicos no sexuales.

A pesar de ello, la evidencia sugiere que hay una gran número de personas que ante eventos extremos muestran una gran resistencia (Avia y Vázquez, 2006). De hecho, no hay una relación lineal entre la intensidad de la experiencia vivida y la reacción a la misma.<sup>45</sup> Como hipótesis explicativa se acude principalmente a los factores endógenos al sujeto (entre los que destaca la interpretación subjetiva que hace el sujeto de la situación estresante y su incapacidad para readaptarse) como variables que median en mayor o en menor medida la intensidad del trauma psíquico (Gisbert y Gisbert, 1998; Nadelson, 1989). También se apunta la existencia de enfermedades mentales previas como uno de los factores de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de una sintomatología traumática (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1995; Bromet, Sonnega y Kessler, 1998).

En relación a los factores endógenos-protectores, Chiriboga (1989) estudió las características que definen a las personas más resistentes al estrés y a la tensión, las *superafrontadoras*, concluyendo que en éstas destacaba la sensación de tener el control en sus vidas; tener vidas ricas y plenas (realización de actividades

---

<sup>45</sup> Se suele pensar erróneamente que si la situación amenazante es leve la respuesta psicológica a la misma será más tenue (Cano, 2000). A este respecto, la jurisprudencia anglosajona recoge el concepto de *eggshell skull* (cráneo en cáscara de huevo) con el que se refiere al caso de un sujeto que sufriendo un trauma muy leve desarrolla un trastorno en toda su amplitud debido a su vulnerabilidad. En nuestro sistema, existe un concepto parecido referido a la causa principal y a las concausas. La causa principal es el acontecimiento traumático y las concausas (v. gr., situaciones traumáticas previas, enfermedades mentales) se refieren a los factores de vulnerabilidad para desarrollar un trastorno. Las concausas por si solas no pueden desarrollar el trastorno, éste sólo se desarrollará cuando aparezca la causa principal.

agradables y con sentido); y poseer una red efectiva de apoyo social. Por su parte, Victor E. Frankl (1964), psiquiatra y superviviente del holocausto nazi, definió los factores que favorecían que un individuo se mantuviera mentalmente sano en condiciones adversas. Entre ellos, destaca los mecanismos de supervivencia interna, filosóficos y espirituales; la dinámica intrapsíquica; el sentido de la propia vida; o el significado de la existencia.

En la Figura 2, elaborada originariamente por McFarlane y Girolamo (1996) y adaptada posteriormente por Avia y Vázquez (2006), se recogen los factores endógenos y exógenos que pueden influir en la aparición de una reacción traumática tras vivenciar una situación negativa intensa.

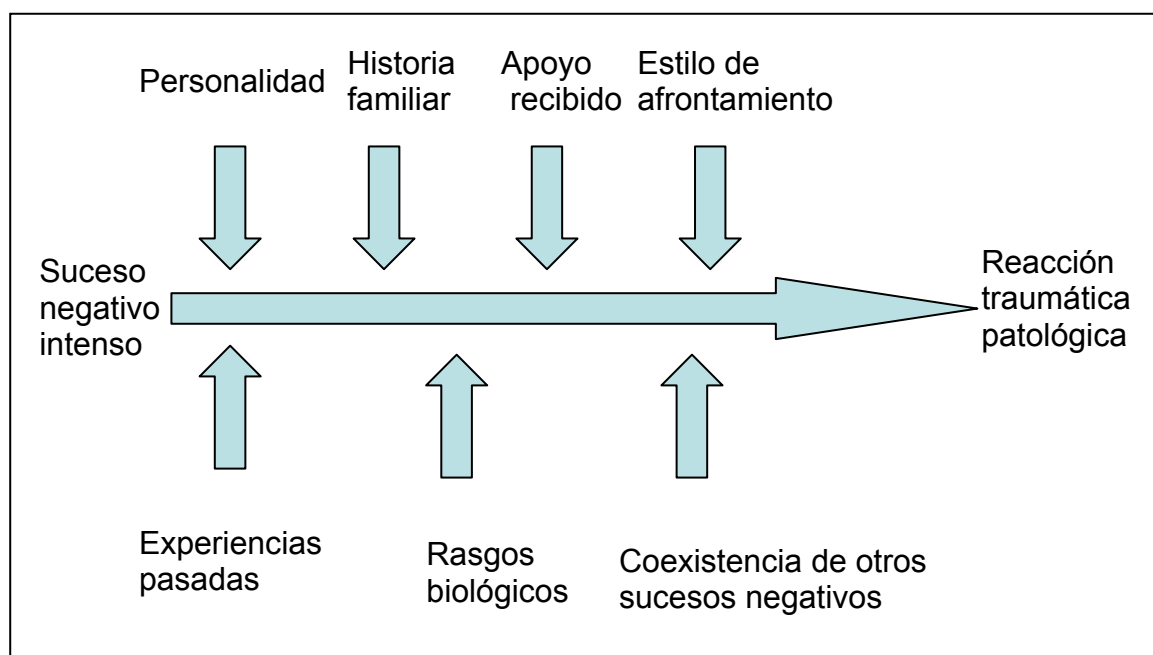


Figura 2. Factores endógenos y exógenos que pueden influir en la aparición de una reacción traumática tras vivenciar una situación negativa intensa.

### 2.5.1.5. La evaluación forense del daño psíquico

La Unión de Asociaciones Familiares elaboró en 1991 un estudio publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales titulado *La Violencia en las Familias. Origen, Causas, Consecuencias y Recursos para Erradicarla* en el que se puso de

manifiesto que desde la práctica médico forense “jamás se evaluaban las lesiones psíquicas que el maltrato ha podido conllevar” (pág. 200; Unión de Asociaciones Familiares, 1991). Hoy en día podemos decir que, desde esos años a nuestros días, el giro que se ha dado con respecto el tema ha sido enorme, principalmente motivado por los cambios recogidos en el Código Penal de 1995 y su reforma en 1999, donde además de recoger el maltrato físico, se hace mención explícita al maltrato psicológico (Acale, 2000; Cano, 2000). Ahora bien, esto no ha ido acompañado de una carga de prueba del daño psicológico (Suárez, 2005).

En la práctica forense la huella que se ha identificado como propia de un hecho delictivo es el TEP (v. gr., O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder y Shalev, 2006) al comprobarse sistemáticamente que este trastorno está relacionado con situaciones traumáticas de muy diversa índole, tales como agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 1995), desastres naturales (Hodgkinson, Joseph, Yule y Williams, 1995), guerras (Albuquerque, 1992), secuestros, tortura, accidentes (Blanchard y Hickling, 2004; Blanchard, Hickling, Taylor y Loos, 1996; Bryant y Harvey, 1995; Taylor y Koch, 1995) o violencia de género (Echeburúa y Corral, 2003; Niehoff, 2000). Además, el TEP establece una fuerte relación de causalidad entre la situación traumática y la enfermedad que produce, aspecto que no ocurre con otro trastorno psiquiátrico (American Psychiatric Association, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992; Simon, 1995). Efectivamente, el TEP es el único trastorno que se relaciona directamente con un acontecimiento traumático específico<sup>46</sup>. Esto no ocurre con ninguna otra enfermedad mental. Puede ser que muchas surjan a raíz de situaciones estresantes o de un estrés crónico. De hecho, el modelo de vulnerabilidad del estrés ha sido aplicado a gran parte de las enfermedades que se conocen en la actualidad, pero, en el TEP tiene que existir para el diagnóstico un acontecimiento estresante que desencadene el cuadro. Esto es, si no existe acontecimiento estresante no es factible tal diagnóstico (Calcedo, 2003). Además, en el contexto legal es necesario establecer inequívocamente que el

---

<sup>46</sup> En el ámbito legal existe una sentencia interesante al respecto, STS de 12 de mayo de 1986, en la que se recoge que “la demostración de la relación de causalidad no puede ofrecer muchas veces la certeza practicable y exigible en el campo científico-natural”, añadiendo que en las ciencias del espíritu no existe la posibilidad de una “certeza matemática y una veracidad, sino la obtención de una certidumbre subjetiva”.



daño psíquico, sea éste lesión o secuela, es consecuencia del acto a juzgar y no de otra causa o de la interacción con otra causa. Con respecto a esto, entre los profesionales forenses, existe controversia acerca de si otro diagnóstico (p.e., depresión o ansiedad) pudiera tener o no valor legal alguno como huella psíquica<sup>47</sup> cuando realmente no lo tiene (Arce, 2007).

En el contexto médico-legal, previamente a la evaluación del TEP se ha de estudiar la simulación, sobresimulación o disimulación de sintomatología. De facto, en EEUU, a raíz de incluir el TEP en el DSM-III, hubo una gran oleada de reclamaciones judiciales infundadas por parte de los veteranos del Vietnam. A su vez, es imprescindible establecer el estado previo a la vivencia estresante del evaluado. A la hora de la evaluación se debe comprobar si previamente a la ocurrencia del delito existía otro trastorno. En el caso de que existiera se debe establecer si éste es primario (reactivo), o secundario, esto es, que ha surgido como consecuencia de una reactivación, agravamiento o puesta en marcha de otra patología preexistente de etiología no traumática (Carrasco y Maza, 2005). La Figura 3 se recoge un esquema de decisión que el psicólogo forense debe seguir cuando está evaluando el TEP con implicaciones forenses (Simon, 1995).

Además, Simon (1995), propuso una serie de pautas a seguir a la hora de llevar a acabo la evaluación en el contexto jurídico:

a) Para el diagnóstico del TEP y la valoración de la intensidad del acontecimiento traumático el profesional se guiará por manuales diagnósticos oficiales, bibliografía profesional e investigaciones realizadas hasta la fecha.

b) La necesidad de contar con una exhaustiva revisión de los antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos del evaluado. El perito necesita descartar que previamente no había TEP.

---

<sup>47</sup> En nuestro trabajo hemos tomado el TEP como trastorno de referencia asociado a la victimación en un hecho delictivo. Otros trastornos que también puedan aparecer (v. gr., ansiedad, depresión) los tomaremos como comórbidos al TEP.

c) La conveniencia de contar con otras fuentes de información además del relato del sujeto a evaluar.

d) La utilización de instrumentos estandarizados en la evaluación del sujeto.

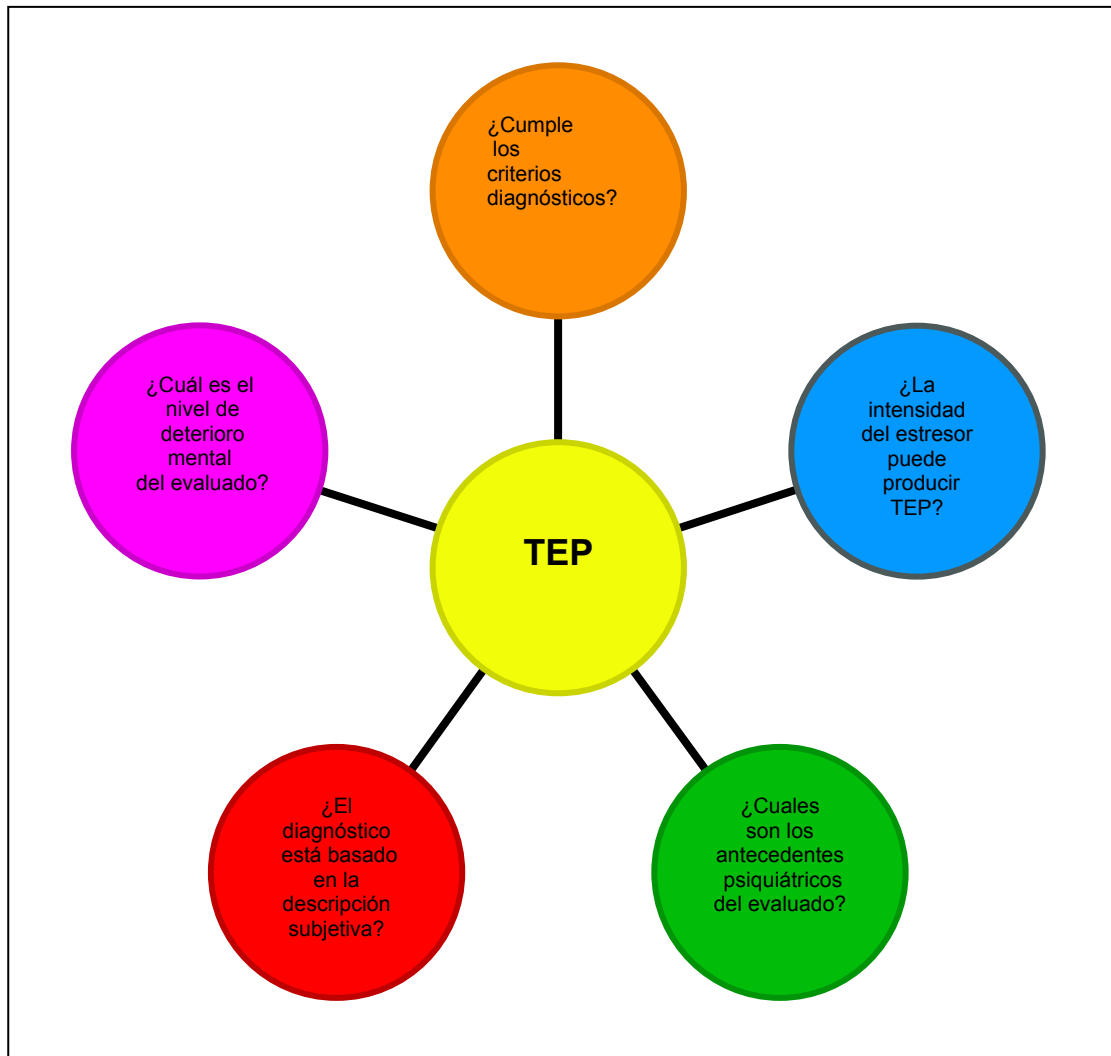


Figura 3. Cuestiones en el ámbito legal sobre el TEP (Simon, 1995).

El establecimiento de una relación causa y efecto entre el agente traumático y el daño físico es imprescindible para considerar una secuela o lesión siguiendo los criterios clásicos médico-legales expuestos en 1925 por Muller y Cordonnier (Carrasco y Maza, 2005). Cuando lo aplicamos al daño psíquico, la tarea se

complica ya que son muchas las dificultades para aplicar los criterios de la lesión orgánica a la psíquica:

a) *Criterio etiológico*. La lesión requiere de una causa traumática, por lo que debemos conocer la realidad en el que ha acontecido el acontecimiento.

b) *Criterio topográfico*. Las lesiones físicas dejan un daño corporal visible. Las lesiones psíquicas no, ya que afectan a la propia personalidad del sujeto y no está relacionada directamente con ninguna parte concreta del cuerpo. Si tuviéramos que relacionarla con alguna sería con el sistema nervioso central.

c) *Criterio cronológico*. No hay una adecuación cronológica entre el impacto y la alteración de la conducta o la psicopatología. Esto queda reflejado en el propio curso del TEP y muy especialmente en el de inicio demorado. Así, dentro de este criterio es necesario hacer una distinción entre secuelas psíquicas agudas, crónicas y de inicio demorado.

d) *Criterio de intensidad o cuantitativo*. Este supone tomar en consideración la intensidad del agente estresante y ponerlo en relación con las lesiones o secuelas originales. Para las lesiones psíquicas sería necesario introducir una modificación en este criterio, en lo relativo a la falta de proporcionalidad entre agente y resultados. Ya informamos previamente que situaciones objetivamente no muy graves, ni catastróficas y con buen pronóstico dan lugar a reacciones, desarrollos y trastornos psíquicos persistentes y difíciles de abordar terapéuticamente. En conclusión, no hay una relación directa entre la intensidad del agente traumático y la gravedad de las secuelas.

e) *Criterio de continuidad sintomática*. Este criterio se aplica cuando las secuelas se manifiestan cierto tiempo después o con bastante posterioridad al momento de la acción estresante o traumática. Con respecto a las secuelas psíquicas en este criterio existe una dificultad añadida ya que procesos como la amnesia o la disociación, que actúan como mecanismos de defensa del individuo, pueden marcar discontinuidad sintomática.

f) *Criterio de exclusión*. La existencia de patología previa al maltrato que se ve agravada por éste.

Carrasco y Maza (2005) refieren que la valoración más adecuada del daño psíquico sería aquella que, además de recoger la sintomatología que padece el sujeto, contenga el menoscabo del funcionamiento global de la persona (secuelas). Para ello, Arce y Fariña (2007a) propusieron valerse del Eje V de la evaluación multiaxial del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). A saber:

a) Escala de Actividad Global (EEAG), que evalúa la actividad psicológica, social y laboral.

b) Escala de Actividad Relacional (EEGAR), que evalúa las relaciones familiares o con otros grupos sociales, en cuanto a la resolución de problemas, la capacidad de organización y el clima emocional.

c) Escala de Actividad Social y Laboral (EEASL), que tiene en cuenta de forma específica los aspectos sociales y laborales.

Para cuantificar el daño restan el valor actual promedio del valor promedio de un estado de normalidad, siempre y cuando no conste o se sospeche un daño previo.

## **2.6. La violencia de género: un problema de Estado**

### **2.6.1. Los primeros pasos**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos ratificada en el año 1945 estableció que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos sin distinción alguna de raza, color o sexo”. Aunque este postulado resulte evidente, posteriormente a esta Declaración, la idea de igualdad entre sexos tuvo que ser reafirmada en diferentes tratados internacionales. Así, la Asamblea General

de Naciones Unidas celebrada el 20 de diciembre de 1993 sentenció: “la violencia contra las mujeres es un grave problema para los Estados porque atenta contra los derechos humanos y obstaculiza el desarrollo de los pueblos”. Posteriormente, en 1995 en la IV Conferencia Mundial la ONU se vuelve a ratificar que la violencia contra las mujeres “constituye un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, ampliamente como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres”. En el año 2000, el Estado de la Población Mundial (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000) con relación al tema de los malos tratos contra las mujeres, explicitó que este fenómeno abarcaba todo tipo de situaciones sociales y económicas y estaba profundamente enraizado en las culturas de todas las partes del mundo, hasta el punto que millones de mujeres la consideran un modo de vida. Al respecto, enfatizó que en todo el mundo una de cada tres mujeres ha sido apaleada, ha sido obligada a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, maltratada o coaccionada, normalmente por alguna persona que ella conoce; por lo general, un compañero íntimo o un miembro de la familia.

Lo cierto es que en la actualidad se sigue permitiendo o tolerando, oficial o extraoficialmente, la violencia hacia la mujer. Aún es más, a día de hoy, en algunas partes del mundo, se contempla el derecho de los hombres a disciplinar a las mujeres valiéndose para ello de la violencia y, paradójicamente, las mujeres consideran lícito este derecho. Así, ante determinadas conductas de la mujer como que desobedezca; que replique; que se niegue a tener relaciones sexuales; que decida acceder al ámbito laboral; que no tenga la comida lista a tiempo; que no se ocupe de los niños o de la casa; que interroque al hombre sobre el dinero o sobre sus relaciones con otras mujeres; que se desplace sin permiso del marido, se justifica el uso de la violencia para reprenderlas (Comas, 2007; Mirat y Armendáriz, 2006).

### 2.6.2. La visualización social de la violencia de género

A mediados de los años 90, los medios de comunicación de nuestro país comenzaron a denunciar lo que ya años atrás los grupos feministas<sup>48</sup> habían comenzado a destapar: la violencia contra la mujer en ámbitos privados como la familia y la pareja en la que reinaba según denunciaban, la más absoluta impunidad<sup>49</sup> (Mirat y Armendáriz, 2006). Las víctimas mortales, cerca de cien cada año, alertaron a la opinión pública hasta el punto que la sociedad se preguntó qué estaba ocurriendo. No obstante, este fenómeno no era nuevo. La violencia contra las mujeres llevaba produciéndose durante siglos en todas las sociedades y en todas las clases sociales, siendo negada y relegada al ámbito privado (Calvo, 2008), realidad difícil de entender dado que en el seno de la familia y de la pareja es donde se presta seguridad y protección (Martínez, 2008; Mirat y Armendáriz, 2006).

La neurociencia contemporánea resalta que, lejos del enfoque simplista que adoptaron las primeras investigaciones sobre la violencia, este comportamiento no es el resultado de un determinismo genético o cultural, sino que deriva de un proceso en el que intervienen múltiples variables (p.e., familia, educación, genes, moralidad, malos tratos previos, medios de comunicación, abandono, estrés, deficiencia de atención, autoestima, temperamento) (Niehoff, 2000). No obstante, en lo relativo a la violencia contra la mujer en el ámbito familiar y, más en concreto, en el ámbito de la pareja, la comunidad científica comparte que, entre todas las posibles causas, las sociales, culturales e históricas explican en gran medida la envergadura de este fenómeno (Carrasco y Maza, 2005; Ribas, 2008).

El reconocimiento oficial del derecho fundamental de igualdad entre hombres y mujeres en las sociedades modernas es sumamente reciente. Por ejemplo, en

---

<sup>48</sup> Dentro del movimiento feminista destaca como trabajo pionero la obra de Leonor Walter *The battered Woman syndrome* (1984), que versa sobre la mujer y los malos tratos. Esta autora plantea un modelo sobre el ciclo de la violencia en la pareja que es el más utilizado entre los profesionales, cuyas fases son: primera, acumulación de tensión; segunda, estallido de la tensión; y tercera, *luna de miel* o arrepentimiento.

<sup>49</sup> La Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijín en septiembre de 1995 concluyó que la violencia contra la mujer es el crimen más encubierto y numeroso del mundo.

nuestro ordenamiento jurídico hasta la Constitución de 1978, la mujer tenía una posición jurídica inferior al varón. Así, una mujer necesitaba del permiso de su marido para establecer relaciones mercantiles y no le estaba permitido comprar un bien para la sociedad de gananciales. Sólo a partir del primer tercio del siglo XX tuvo acceso a una enseñanza superior (en el caso de que fuera viuda sin familia a su cargo o soltera) y hasta finales de 1966 no le estaba permitido el acceso a la carrera judicial (Mirat y Armendáriz, 2006). El Código Penal de 1944, en concreto el art. 428, hasta su modificación en 1963, sólo contemplaba el destierro para el marido que sorprendía en adulterio a su mujer y la matara en el acto, quedando impune si le causaba otro tipo de lesiones. Hasta la Constitución de 1978, el Código Penal recogía el delito de adulterio, que era exclusivo para la mujer que tenía relaciones extramatrimoniales (pena de seis meses a seis años de prisión), y, hasta que la II República, en 1931, reconoció a la mujer el derecho al sufragio, no podía votar.

Esto era así porque históricamente a la mujer se le consideraba inferior al hombre. La familia, el estado, la política, la religión, la moralidad, la escuela, la sociedad y hasta las propias mujeres, desde una perspectiva jerárquica patriarcal, habían creado roles en función del sexo, asignando a la mujer el papel vinculado al ámbito doméstico y al hombre el relacionado con el poder y los recursos. Esta diferenciación en la asignación de roles no implicaría una diferenciación de estatus sino fuera asociada a una jerarquización de esas diferencias, valorando más positivamente los roles y actividades masculinas que las femeninas. Además, estos patrones culturales patriarcales están enraizados profundamente en nuestra sociedad explicando la histórica permisividad social de la violencia contra las mujeres (Comas, 2007; Martínez, 2008). El respaldo jurídico y social a la violencia ejercida contra la mujer y a la dispensación de menos derechos han puesto a la mujer en una situación de desigualdad, sumisión e indefensión con respecto al hombre, lo que ha favorecido, en el ámbito familiar y en el de la pareja, el uso de la violencia como elemento de control (Comas, 2007; Mirat y Armendáriz, 2006).

No obstante, la violencia hacia la mujer es un fenómeno complejo que no debe ser asociado única y exclusivamente a la variable social-cultural del patriarcado, ya que aunque ésta resulte muy relevante, no es determinante. De

facto, no todos los hombres de nuestra cultura son violentos con sus parejas (Gortner, Gollan y Jacobson, 1997). Además, aunque el esquema habitual en el maltrato de pareja sea hombre agresor y mujer víctima y la mayor parte de los trabajos científicos estén centrados en éstos; en ocasiones, el hombre es la víctima y la mujer la agresora. En estos casos, el maltrato aparece más en forma de humillaciones (p.e., abusos económicos, indiferencia afectiva, aislamiento del hombre de la familia) y de desvalorizaciones, que en forma de agresiones físicas (Torres y Espada, 1996). Estos sucesos no tienen tanta repercusión social, pero son igualmente actos de violencia y de vulneración de derechos en el entorno familiar (Carrasco y Maza, 2005).

Afortunadamente, desde hace aproximadamente unas tres décadas, la realidad social en nuestro país está cambiando, observándose una crisis de los valores tradicionales y de los roles que tradicionalmente se relacionaban con el género. Así, se ha procedido a un reconocimiento de los derechos de la mujer que ha facilitado el acceso de ésta al ámbito económico, laboral y político, antes reservado exclusivamente al varón (Rojas, 1995). Además, se han consolidado otras modalidades de familias, monoparentales, parejas de hecho o parejas del mismo sexo, que transforman y cuestionan la realidad (Vaccarezza, 2007). Complementariamente, se han impulsado políticas activas orientadas a crear una conciencia social de tolerancia cero hacia la violencia de género (véase la figura 4). Pero sobre todo, donde se han producido modificaciones, ha sido a nivel legislativo, destacando la promulgación de la *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, donde el legislador, partiendo de que la violencia hacia la mujer es un problema de tipo social, ha impulsado una ley que trasciende lo estrictamente jurídico. Adicionalmente, se han creado juzgados de violencia sobre la mujer, con jueces, fiscales, policías, abogados, funcionarios, equipos psicosociales y unidades de valoración integral especializados en este tipo de delito. Con ello, se ha tratado de dar una respuesta unitaria civil y penal.





Figura 4. Campaña de publicidad contra los malos tratos presentada por la Xunta de Galicia en el año 2007.

No obstante, Montserrat Comas d'Argemir, magistrada, vocal del Consejo General Poder Judicial y presidenta del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género (2008), refiere que, a pesar del notable impulso legislativo, no ha disminuido el número de víctimas mortales y reconoce que la solución no puede ser única y exclusivamente legislativa, sino que además es necesario que se produzca un cambio y una transformación social. En esta misma línea, Del Moral (2004) apuntilló que "el Derecho penal es una herramienta muy tosca y grosera y pocas veces proporciona soluciones realmente pacificadoras de los conflictos sociales" (pág. 458). Deductivamente, el incremento de las penas no es la solución. No obstante, ha facilitado la visualización del problema, ya que el número de denuncias va en aumento (Comas, 2008). Ante esta realidad, los profesionales deben discernir si se trata de un verdadero maltrato; si la denuncia está influenciada por el sensacionalismo de los medios; si es un conflicto de pareja; o bien, si la supuesta víctima se lo está inventando para favorecer, por ejemplo, el proceso de separación (Vaccarezza, 2007).

### 2.6.3. Violencia doméstica y violencia de género

El 20 de diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas emitió una declaración, que, en el art. 1, expuso: “por violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o que pueda tener como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Además, en el art. 2 contempló que esta forma de violencia recoge tanto la violencia física, sexual y psicológica, consumada en el entorno familiar, comunitario o perpetrada y tolerada por el Estado.

La violencia contra las mujeres es una realidad que ha recibido diferentes nomenclaturas en función del momento histórico y del grado de reconocimiento social. Así, hace tres décadas, cuando todavía este fenómeno no se había visualizado, se refería como crímenes pasionales, de violencia familiar, de violencia de pareja, de violencia contra la mujer, de violencia machista o de violencia conyugal. En la actualidad, sin embargo, los conceptos se han delimitado y se utiliza el término de violencia de género para hacer mención a las agresiones que están vinculadas al ámbito de la pareja y el de violencia doméstica para incluir las agresiones dentro del ámbito familiar en general. A continuación, trataremos estos dos conceptos de forma más pormenorizada, abordándolos desde el ámbito de la salud y desde el ámbito jurídico, ya que como señalan Carrasco y Maza (2005), ambos presentan connotaciones diferentes<sup>50</sup> en función de que se relacionan en uno u otro campo.

La violencia doméstica, desde la perspectiva médico-forense, se define como los malos tratos (acciones u omisiones, dolosas o imprudentes), que se ejercen sobre los miembros más vulnerables del entorno familiar, físicos, psicológicas,

---

<sup>50</sup> Además de diferentes definiciones, la terminología asociada al maltrato también es diferente. Así, lo que desde el ámbito de la salud se denomina *abuso* o *negligencia*, desde el jurídico se expresa con conceptos tales como *maltrato*, *abandono* u *omisión de cuidado* (Carrasco y Maza, 2005).

sexuales o de otra índole que tienen como consecuencia la aparición de trastornos físicos y psíquicos de diferente naturaleza (Queipo, 2006). De acuerdo con esta definición, la violencia doméstica deja dos tipos de secuela: las físicas y las psíquicas; y sus objetos pueden ser: la mujer, el anciano, el niño e incluso el hombre si éste se encuentra en una posición de vulnerabilidad con respecto a su agresor o agresora (García, López y Curiel, 2006). En el ámbito de la salud, el DSM-VI-TR (American Psychiatric Association, 2002), contempla el maltrato dentro de *otros problemas como objeto de atención clínica*, en el apartado *problemas relacionados con el abuso o la negligencia*. Asimismo, la CIE-10 lo incluye en un apartado donde se trata al abuso físico, la negligencia y abandono, la crueldad mental, la agresión sexual con fuerza corporal y otros síndromes del maltrato (Organización Mundial de la Salud, 1992). Desde el ámbito de la psicología, Echeburúa y Corral (1998) definen la violencia doméstica como las agresiones físicas, psíquicas o sexuales llevadas a cabo reiteradamente en el hogar.

Desde el ámbito jurídico y a pesar de que en el año 1998 la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud, y, en nuestro país se consideró, ese mismo año un problema de Estado<sup>51</sup>, el delito de la violencia doméstica en el Código Penal tenía un reducido espacio hallándose regulado dentro de los delitos contra la integración moral (art. 173.2). Aunque no se hacía referencia explícita a la violencia de género, ésta se incluía dentro de la violencia doméstica. De esta manera, desde una óptica penal, la violencia de género era un caso más de violencia doméstica (Ribas, 2008). No obstante, a partir de los años 90, con la visualización social del maltrato hacia la mujer<sup>52</sup>, el concepto de violencia de género fue tomando un cariz independiente del

---

<sup>51</sup> Así se recogió en el *Plan de acción contra la violencia doméstica* en 1998.

<sup>52</sup> Durante los años noventa hubo importantes iniciativas de orden internacional que trataron de dar a conocer la violencia contra las mujeres (Conferencia Mundial para los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993; Declaración de la Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer celebrada en 1993; Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en 1994; Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing, 1995). Además, cada vez era más acuciante la preocupación de los colectivos profesionales (p.e., psicólogos, psiquiatras, sociólogos, trabajadores sociales, médicos, operadores jurídicos) por la violencia contra la mujer y sus consecuencias (Carrasco y Maza, 2005).

de violencia doméstica (Maqueda, 2006). De esta manera, el término violencia de género se utiliza, única y exclusivamente, para hacer referencia a la violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja resultado de la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder establecidas entre hombres y mujeres (Curiel, 2006). Tanto es así, que en 2004 se promulgó la *Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de medidas de protección integral de violencia de género* (a partir de ahora L.O. 1/2004) otorgándole oficialmente al término violencia de género un contenido diferenciado del de violencia doméstica. Al respecto, la L. O. 1/2004 recoge en el art. 1.3 que la violencia de género es “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad”, incluso leve, y el art. 1.1 establece que este tipo de violencia se ejerce “sobre las mujeres, por parte de quienes sean sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”. De este modo, el reconocimiento legal en España de la violencia de género introduce diferencias notables con otro tipo de violencias, autorizando la adopción de medidas y reconocimiento de derechos de los que otras víctimas de otro tipo de delitos (como es la violencia doméstica) no podrán beneficiarse (Ribas, 2008). Además, el legislador sólo reconoce como víctimas de este delito a las mujeres.

En el año 2007, en la Comunidad Autónoma de Galicia, se aprobó la *Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género*, que recoge en el art. 1 del Título Preliminar una definición de violencia de género que, a diferencia de lo que ocurre en la L. O. 1/2004, no contempla la necesidad de una relación previa de afectividad entre la víctima y el victimario: “cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en un marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico, sexual o psicopatológico, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o privada”.

Tanto desde el ámbito jurídico como el sanitario, se considera que el maltrato que subyace a la violencia de género se clasifica en tres tipos que pueden darse de manera combinada (Echeburúa y Corral, 2003; Del Moral, 2004; Mirat y Armendáriz, 2006):

a) *Maltrato físico*. Conductas que provocan daños o enfermedad en el cuerpo de la mujer. Ejemplo de ello son: bofetadas, palizas, heridas, fracturas, moratones, puñetazos, golpes, patadas o los amagos de estrangulamientos.

b) *Maltrato psicológico*. Conductas que producen daños morales o sufrimiento. Ejemplo de ello son: amenazas (v. gr., amenazas verbales, con objetos, de llevarse a los niños, de suicidarse, de matarla), insultos, exigencia de obediencia, coacciones, descalificaciones, asilamiento, control de salidas, limitación o negación de dinero, las desvalorizaciones (p.e., críticas y humillaciones permanentes; desprecio de sus opiniones, de sus actividades o de su cuerpo), posturas y gestos amenazantes, culpabilización a ella del comportamiento violento e indiferencia (falta total de atención a las necesidades afectivas a los estados de ánimo de la mujer) (Caño, 1995).

c) *Maltrato sexual*. Este tipo de maltrato se refiere a la imposición por parte del agresor de mantener relaciones sexuales sin consentimiento de la víctima u obligarla a realizar determinados actos que ella considera degradantes.

#### **2.6.4. Cifras sobre violencia de género**

Hasta muy recientemente, las estadísticas sobre violencia de género de nuestro país no presentaban las características suficientes de homogeneidad conceptual, depuración y continuidad necesarias para realizar un análisis fiable ni de la incidencia ni de la prevalencia de la violencia de género, por lo que no contamos con un histórico fiable sobre la magnitud, realidad y evolución de este fenómeno. De hecho, podemos decir que los datos estadísticos con los que contamos no van más allá del año 2002 ya que los criterios recogidos han ido cambiando y no permiten comparaciones históricas (Alberdi y Matas, 2002).

En un informe elaborado en 2007 por el Centro Reina Sofía (2007) para el Estudio de la Violencia se recoge que entre 2003 y 2007 han muerto asesinadas por sus parejas 342 mujeres, esto es, una media de 68 mujeres por año. En términos absolutos las cifras reflejan un incremento del número de femicidios del 2.86% (véase la figura 5).

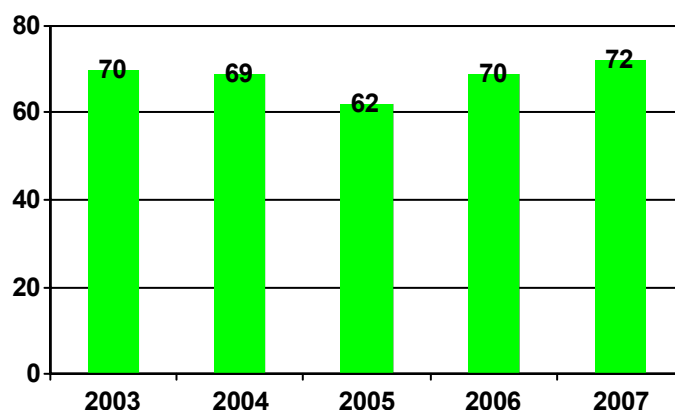


Figura 5. Femicidios 2003-2007 (Centro Reina Sofía, 2007).

De este estudio se desprende que el 19% de las fallecidas pertenecía a una franja de edad comprendida entre 25 y 34 años; que el 27.27% era de nacionalidad extranjera; que el 29.24% tenían empleo, y, de éstas, el 73.47% era de carácter no cualificado; que el 25.73% había denunciado a su agresor; que la vinculación más habitual entre el agresor y la víctima era la de cónyuges (44.31%); que, en el 29.64%, se cometió el crimen tras la ruptura de la pareja; que, en el 68.13%, se llevó a cabo el crimen en el domicilio de la víctima; que el mayor número se produjeron domingos y lunes y en el mes de julio; y que el 46.20% de los feminicidios se produjeron en días festivos.

De los estudios de evaluación del impacto de la L. O. 1/2004 se desprende un aumento del número de homicidios de forma paralela al incremento del número de denuncias. En concreto, el Ministerio de Igualdad del Gobierno de España (2008) informó que el número de denuncias por violencia de género a lo largo del periodo de tiempo 2002-2007 muestra una clara tendencia alcista, cuantificada en un 72.1%

(véase la Figura 6). En el citado informe se interpretan los resultados en el sentido de que se está visualizando un problema que permanecía oculto y no como una subida en el número de delitos. No en vano, la prevalencia de victimación de violencia de género se ha estimado que afecta entre el 15% y el 30% de las mujeres, conociéndose un mínimo porcentaje de la misma (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1998). Otro dato a resaltar es que del total de sentencias dictadas, el 71.9% fueron sentencias condenatorias (Ministerio de Igualdad, 2008).

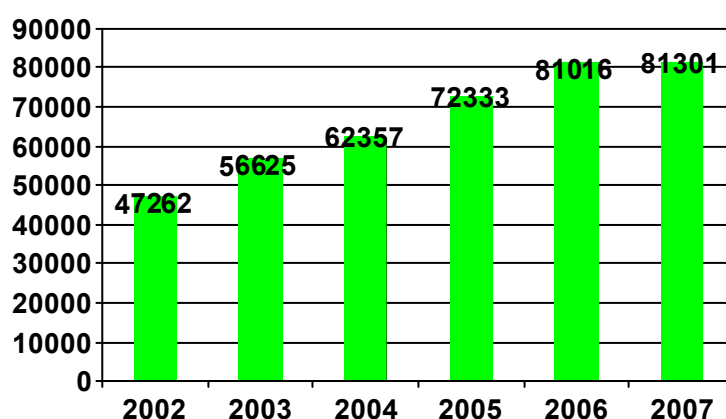


Figura 6. Denuncias por violencia de género 2002-2007  
(Ministerio de Igualdad, 2008).

#### **2.6.5. De la violencia doméstica a la violencia de género: La *Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género***

La violencia de género es considerada que está presente en todas las sociedades y en todas las clases sociales (Martínez, 2008). Ante esta tesitura, la ONU y el Parlamento Europeo han tratado de favorecer la visualización social de este fenómeno por medio de recomendaciones a los países miembros. Como consecuencia, numerosos países europeos han promovido cambios legislativos. Así, por tomar algunos ejemplos, el Código Penal alemán recoge el delito de malos tratos en el art. 225 modificado por la Ley de 1 de abril de 1998 y el Código Penal portugués que lo regula en el art. 152, dentro del título de las lesiones contra la integridad física o psíquica, o salud física o mental. Por su parte, el legislador

español, siguiendo también las recomendaciones<sup>53</sup> de la ONU y del Parlamento Europeo, redactó el *Anteproyecto de Ley Orgánica Integral de medidas contra la violencia ejercida contra la mujer de 7 de junio de 2004*, que posteriormente se materializó en la *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* (L. O. 1/2004)<sup>54</sup>, aprobada por unanimidad por el Parlamento Español y publicada en el BOE el día 29 de

---

<sup>53</sup> Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer de 1979; las Resoluciones de la última Cumbre Internacional sobre la Mujer celebrada en Pekín en septiembre de 1995; la Resolución WHA49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud declarando la violencia como problema prioritario de salud pública proclamada en 1996 por la Organización Mundial de la Salud; el informe del Parlamento Europeo de julio de 1997; la Resolución de la comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas de 1997; la Declaración de 1999 como Año Europeo de Lucha Contra la Violencia de Género; la Decisión núm. 803/2004/CE del Parlamento Europeo, por la que se aprueba un programa de acción comunitario (2004-2008) para combatir y prevenir la violencia ejercida sobre la infancia, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (programa Daphne II).

<sup>54</sup> Anterior y posteriormente a la redacción de la Ley Integral se han producido modificaciones en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Las más relevantes: L. O. 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal (BOE núm. 148, de 22 de junio [RCL 1989, 1352]); L. O. 10/1995 de 23 de noviembre. Código Penal (BOE núm. 54, 2 de marzo 1996 [RCL 1995, 3170, y RCL 1996, 777]); L. O. 11/ 1999, de 30 de abril, de modificación del Título VII del Libro II del Código Penal, aprobado por L. O. 10/ 1995, de 23 de noviembre, relativo a delitos contra la libertad e indemnidad sexuales (BOE núm. 104, de 1 mayo [RCL 1999, 1115]); L. O. 14/1999, de 9 de junio, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de modificación de la Ley de enjuiciamiento Criminal (BOE núm. 138, de 10 de junio [RCL 1999, 1555]); Convenio de 26 de septiembre de 2002 por el que se crea el Observatorio sobre violencia doméstica; Ley 38/ 2002, de 24 de octubre, de juicios rápidos (BOE núm. 258, de 28 octubre); Ley 27/ 2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección a las víctimas de violencia doméstica (BOE núm. 183, de 1 de agosto [RCL 2003, 1994]); L. O. 11/ 2003, de 29 de septiembre, de Medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de extranjeros (BOE núm. 234, de 30 septiembre [RCL 2003, 2332]; L. O. 13/ 2003, de 24 de octubre de reforma de la Ley de enjuiciamiento Criminal en materia de prisión provisional (BOE núm. 257, de 27 octubre [RCL 2003, 2547]); L. O. 15/ 2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/ 1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 283, de 26 noviembre [RCL 2003, 2744]; -Real Decreto 355/2004, de 5 de marzo, por el que se regula el Registro Central para la protección de víctimas de violencia doméstica (BOE núm. 73, de 25 de marzo [RCL 2004, 800]); Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE núm. 313, de 29 de diciembre); Ley Orgánica 3/2007, de 22 marzo. Ley de Igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE núm. 71, de 23 de marzo [RCL 2007, 586]); Ley Galega 11/2007, para a prevención e tratamento integral da violencia de xénero (DOG núm. 152 do 7 de agosto).



diciembre. La L. O. 1/2004 se configura como instrumento integral<sup>55</sup> para luchar contra la violencia de género desde todos los ámbitos, adoptando medidas de carácter administrativo; educativo; de prevención; sanitarias; contra la publicidad ilícita; social; asistencial; de recuperación psicológica de las víctimas; de derechos laborales y económicos; y de modificaciones del Código Penal, Civil y de las leyes procesales. En suma, se pretende, a través del Derecho Penal, solucionar un problema social (Comas, 2007; Mirat y Armendáriz, 2006). En la ley se parte de que la violencia contra la mujer es un problema multidisciplinar, por lo que las medidas para su erradicación no se han de basar única y exclusivamente en instrumentos penales o judiciales (Ribas, 2008).

Uno de los objetivos de la L. O. 1/2004 es que la mujer que sufra malos tratos por parte de su compañero o marido, desde que acude al juez para denunciar su situación, vea cubiertas sus necesidades y esté protegida frente al agresor (Mirat y Armendáriz, 2006). Con ello, la L. O. 1/2004 trata de garantizar el principio de igualdad entre el hombre y la mujer en las relaciones de pareja, favoreciendo que la mujer salga del ámbito relacional cuando se haya generado desequilibrio (Martínez, 2008).

En líneas generales, la L. O. 1/2004 se estructura en torno a 6 títulos y diversas disposiciones adicionales:

- Título Preliminar, que define el objeto y principios rectores de la ley.
- Título I. Éste contiene las medidas de sensibilización, prevención y detección de los malos tratos, así como la intervención en el ámbito educativo, de la publicidad y sanitario.
- Título II. Este Título contempla los derechos de las mujeres víctimas de violencia, recogiendo como novedad el derecho a la asistencia gratuita para las víctimas de violencia de género.
- Título III. En este apartado se recogen la creación de dos órganos administrativos:

---

<sup>55</sup> Es la primera ley española que tiene carácter integral, esto es, la misma ley contiene diferentes acciones que deben desplegarse en distintos ámbitos sociales.

a) La Delegación Especial del Gobierno contra la violencia sobre la mujer.

b) El Observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer.

-Título IV, que introduce normas de naturaleza penal.

-Título V. Este título establece la Tutela Judicial efectiva, la creación de los Juzgados de violencia contra la mujer y la figura del fiscal contra la violencia sobre la mujer.

-Disposiciones Adicionales. Para adaptar las normas vigentes a la nueva Ley se produce una reforma del ordenamiento jurídico. En concreto, se modifica la *LO Reguladora del Derecho en Educación* (se introducen medidas en el ámbito educativo para educar en respeto e igualdad a hombres y mujeres); la *Ley General de Publicidad* (con el fin de respetar la imagen de la mujer); el *Estatuto de Trabajadores* (justificación de ausencias del trabajo motivadas por los malos tratos, facilidad para la movilidad geográfica); la *Ley General de la Seguridad Social* (aplicación de protocolos para la detección de los malos tratos, apoyo asistencial a las víctimas); la *Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública*; la *Ley Orgánica del Poder Judicial*; y la *Ley de Enjuiciamiento Criminal*. Por último, se arbitran medidas de apoyo económico para víctimas.

En todo caso hay que reseñar que L. O. 1/2004 ha suscitado un gran debate jurídico, político y social como consecuencia principalmente de dos asuntos. Primero, el hecho de que la L. O. 1/2004 sólo proteja a las mujeres. Por ello se ha argumentado que, a pesar de que la violencia en el ámbito familiar afecta en mayor medida a las mujeres, también puede ser ejercida sobre los otros miembros que forman el enclave familiar (v. gr., niños, ancianos, parejas de homosexuales y también hombres). Ahora bien, se ha contraargumentado que estas víctimas quedan protegidas en el Código Penal en el apartado referido a la violencia doméstica<sup>56</sup> (Martínez, 2008). Segundo, el supuesto *sexismo* de la L. O. 1/2004, ya que discrimina a los hombres, esto es, se produce una discriminación positiva de la mujer con respecto al hombre. Así, conductas como amenazas o coacciones que son recogidas en el Código Penal como faltas, se transforman en delito cuando el sujeto activo es el hombre y el pasivo la mujer. Por esto se ha interpuesto numerosas

---

<sup>56</sup> No obstante, como hemos señalado, no gozarán de los mismos derechos de las víctimas incluidas en la L. O. 1/2004.

demandas de inconstitucionalidad, que han sido admitidas a trámite por el Tribunal Constitucional, pero que todavía no se ha pronunciado (Carrasco y Maza, 2005; Comas, 2007). Por su parte, los partidarios de la *acción positiva* defienden que ésta es reconocida por el ordenamiento jurídico comunitario (Directivas 2002/ 73/CEE del consejo de 23 de septiembre de 2002) y por el Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea (Sentencia del TJCE de 19 de marzo de 2002). Al respecto arguyen que el Tribunal Constitucional ha reconocido la constitucionalidad de disposiciones administrativas y laborales que tenían como objeto la igualdad entre colectivos (Mirat y Armendáriz, 2006).

Ya han transcurrido cuatro años desde la entrada en vigor de la L. O. 1/2004, con lo que ya se puede emitir un juicio sobre la eficacia que, a entender de Ribas (2008), no ha sido elevada. Ahora bien, tal y como comenta la Magistrada Montserrat Comas (2008) sería ingenuo pensar que el legislador por sí solo será capaz de terminar con este tipo de violencia. De hecho, la propia ley prevé otras medidas complementarias como las educativas, ya que la amenaza, el castigo y la intimidación no son suficientes. Ganzenmüller, Escudero y Frigola (1999) recomiendan que las respuestas al problema de los malos tratos contra las mujeres debe tener una triple vertiente: social, legal y de potenciación de medios personales y materiales.

A pesar de ello, muchos autores (p. e., Martínez, 2008; Mirat y Armendáriz, 2006; Ribas, 2008) coinciden en señalar, que la L. O. 1/2004 está propiciando el caldo de cultivo necesario para el cambio social, al tiempo que facilita la visualización de la violencia contra la mujer, un problema que hasta el momento era negado o minimizado. En todo caso, coinciden en resaltar que el verdadero cambio vendrá, no cuando se tomen medidas contra el maltratador, sino cuando se consiga evitar que la mujer adopte el estatus de víctima.

### 2.6.6. Práctica forense: consecuencias de la violencia de género y perfil victimológico

Aunque se ha dado en utilizar la etiqueta *Síndrome de la Mujer Maltratada*<sup>57</sup> (Orós, 2007), no existe un perfil específico, reconocido por la comunidad científica, que pueda constituir una categoría diagnóstica relacionada directamente con la violencia de género (Carrasco y Maza, 2005), aspecto que dificulta enormemente la evaluación a los forenses. La práctica forense con víctimas de violencia de género se dirige a dos intervenciones: la evaluación del daño físico y la evaluación del daño psicológico.

Físicamente las consecuencias más relevantes asociadas a la violencia de género son: todo tipo de lesiones desde traumatismos leves a otros que pueden producir la muerte; embarazos no deseados, abortos de repetición, partos con hijos de bajo peso, partos prematuros; problemas somáticos asociados al estrés (p.e., problemas gastrointestinales, dolor de espalda, cefaleas, dolor torácico); problemas genito-uritarios (i. e., infecciones urinarias, dolor pélvico crónico, enfermedades de transmisión sexual); y patologías crónicas como la diabetes. Además el estrés crónico está asociado a estilos de vida de riesgo (v. gr., tabaco, alcohol, escaso ejercicio) (Carrasco y Maza, 2005; García, López y Curiel, 2006).

---

<sup>57</sup> El médico forense del Tribunal Superior de Justicia, Orós (2007) expuso que en la práctica forense algunos profesionales se refieren al síndrome de la mujer maltratada aunque éste no esté recogido en el DSM-IV-TR. Éste, consta de diferentes signos y síntomas entre los que destacan: las *lesiones físicas* (v. gr., suelen ser lesiones leves de tipo contuso producidas por las manos y los puños. En raras ocasiones ocasionadas por objetos contundentes. Este tipo de lesiones no suelen precisar de tratamiento médico y si lo requieren suele ser de primera asistencia, generalmente de tipo sintomático con analgésicos y/o antiinflamatorios, siendo los días de curación escasos y sin dejar secuelas. Suelen aparecer lesiones en diferentes periodos de curación, y además también suelen presentarse en lugares corporales que pasan desapercibidos (tórax, abdomen); las *lesiones psíquicas* son muy frecuentes y entrañan mayor dificultad para su evaluación que las físicas. Ejemplo de ello son las agresiones verbales continuadas o las amenazas de muerte; y las *lesiones mixtas físicas y psíquicas*. Esto es lo más habitual. De hecho la agresión psíquica en la mayoría de los casos se asocia casi siempre con agresiones físicas o incluso sexuales repetidas.

A su vez la victimación del maltrato puede generar una respuesta psicológica o emocional (p.e., miedo, temor, inseguridad, sensación de abandono, de humillación, de fracaso, de frustración) que puede dar lugar a desequilibrios personales que, cuando sobrepasan una determinada duración o intensidad, se convierten en patológicos y suelen precisar de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico (Carrasco y Maza, 2005). En la práctica forense, en muchas ocasiones, resulta difícil discriminar en el maltrato psicológico las consecuencias directas de éste de las consecuencias derivadas de diferentes estresores (p.e. distorsiones en las relaciones familiares) (Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa y Corral, 1995; García, López y Curiel, 2006). El daño psíquico más comúnmente se ha asociado a la violencia de género es:

*-Trastorno de ansiedad.* La ansiedad tiene un sentido adaptativo ya que es una respuesta del sujeto ante una amenaza a la vida y/o a la seguridad. Si la ansiedad se cronifica puede constituir un verdadero trastorno, pudiendo adoptar alguna de las formas clínicas reconocidas como la crisis de angustia, agorafobia, fobia específica, ansiedad generalizada, TEP [entre el 50-55% de los casos de violencia de género desarrollan este trastorno (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997; Jones, Hughes y Unterstaller, 2001; Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007)], o el trastorno por estrés agudo. Una característica distintiva de la violencia de género es que se da de manera repetida e intermitente, ya que se alterna violencia y arrepentimiento. Esto suscita en la víctima una ansiedad extrema y una respuesta de alerta y de sobresalto.

*-Trastorno del estado de ánimo.* Combinados con la ansiedad o de forma aislada, los estados depresivos tienen una prevalencia significativa entre las víctimas de violencia de género. Éstos pueden adoptar formas clínicas como inhibición psicomotriz y de pensamiento, apatía, sentimientos depresivos, de desesperanza, baja autoestima, autorreproches, ideación triste, autoculpación, responsabilización de la violencia o ganas de morir. En los casos más extremos puede desembocar en intentos de suicidio o suicidio consumado.

-*Trastornos somatomorfos*. Los factores y conflictos psicológicos pueden convertirse inconscientemente en síntomas físicos y configurar trastornos como la somatización, la conversión o la hipocondría.

-*Trastornos disociativos*. La disociación implica la alteración de las funciones integradoras de la conciencia, de la identidad, la memoria y la percepción del entorno (Vázquez, 1998). Los cuadros clínicos más habituales dentro de esta categoría son la amnesia disociativa y el trastorno de identidad disociativo.

-*Trastornos adaptativos*. Ante situaciones estresantes psicosociales, como es una situación de maltrato, la víctima puede responder emocional o comportamentalmente de forma adaptativa. Las manifestaciones clínicas más características son la ansiedad, los cambios en el estado de ánimo, desasosiego, intranquilidad, alteraciones en el ritmo del sueño, inhibición psicomotriz, ideación depresiva, pérdida subjetiva de la atención, concentración o memoria; disminución del rendimiento, sentimiento de incapacidad para afrontar problemas, de planificar el futuro, ideas o tentativas de suicidio o consumo de sustancias. (Téngase presente que estaríamos ante un TEP en el que no se cumplen todos los criterios porque el estresor es de menor intensidad).

-*Trastornos sexuales. Disfunciones sexuales*. Éstos suelen ser consecuencia de la agresión o abuso sexual, pero también son frecuentes en el maltrato. De hecho, muchas mujeres víctimas de violencia de doméstica lo son a la par de violencia sexual. En un estudio, Rojas Marcos (1995) halló que el 55% de las mujeres víctimas de agresión sexual fueron incapaces de retomar las relaciones sexuales con normalidad durante dos años y muchas pasaron a sufrir frigidez.

-*Trastornos alimenticios*. La literatura clínica-sanitaria recoge casos que, como consecuencia del maltrato y el estrés, derivan en un trastorno de la alimentación, preferentemente bulímico.

-*Trastornos del consumo de sustancias*. Éstas constituyen una forma de afrontamiento negativo para reducir o eliminar la ansiedad. Normalmente a las sustancias que más recurren es al alcohol, analgésicos, ansiolíticos e hipnóticos.

-*Trastornos del sueño*. El sueño inquieto e irregular y las pesadillas (también síntomas de los trastornos de ansiedad y adaptativo) tienen una incidencia significativa entre las víctimas de violencia de género.

La literatura ha informado de otras características entre las víctimas de violencia de género que no se corresponden con nosología clínica alguna como la indefensión aprendida<sup>58</sup>, esquemas cognitivos disfuncionales, la dependencia emocional, el aislamiento social, el aislamiento familiar, la pérdida de empleo, el absentismo laboral, la disminución del nivel socio-económico, la tendencia a negar o minimizar la situación de maltrato, la tendencia a la autoculpabilización por la violencia; y la tendencia a confiar ciegamente en sus parejas cuando éstos le prometen que van a cambiar (Calvete, Estévez y Corral, 2007; Echeburúa y Corral, 1995; García, López y Curiel, 2006; Mirat y Armendáriz, 2006; Vázquez, 2008).

En conclusión, en casos de violencia de género, se suele identificar como trastorno primario el TEP y como trastornos secundarios con una prevalencia significativa: depresión, inadaptación social, ansiedad y disfunciones sexuales (p.e., Bargai, Ben-Shakhar y Shalev, 2007; Esbec, 2000; Kessler, Sonnega, Hughes y Nelson, 1995; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007). De todos ellos la depresión es el trastorno que más comorbilidad presenta con el TEP, entre el 50 y el 60% de los casos diagnosticados de TEP (Blanchard, Hickling, Freidenberger, Malta, Kuhn y Sykes, 2004; O'Donnell, Creamer y Pattison, 2004). Ahora bien, a nivel forense sólo es prueba de daño atribuible a la victimación de un delito el TEP (y excepcionalmente un trastorno adaptativo) (O'Donnell,

---

<sup>58</sup> La *indefensión aprendida* fue descubierta por Seligman en el año 1975, por medio de un experimento con perros y ratas a los que sometía a sucesivas descargas eléctricas cada vez que se movían para alcanzar el cebo. Al principio el animal quedaba paralizado, pero volvía a intentarlo. No obstante, al cabo de varias descargas comprobó que dejaba de comer, se quedaba paralizado y bloqueado. Ya no intentaba salir de la situación. El animal había aprendido una conducta de indefensión.

Creamer, Bryant, Schnyder y Shalev, 2006; Young, Kane y Nicholson, 2007), esto es, los otros cuadros clínicos por si mismos no son prueba suficiente de daño.

Si tenemos en cuenta que se estima que tan sólo entre el 5-10% de los casos de violencia de género son los que se detectan, los perfiles elaborados sobre esta base de la mujer maltratada no responden a la realidad, sino a las que piden ayuda o denuncian<sup>59</sup>. Con esta limitación en mente, las características de la mujer maltratada informadas son (Echeburúa y Corral, 2003; García, López y Curiel, 2006; Mirat y Armendáriz, 2006; Vázquez, 1998): vivencia de la violencia doméstica en su familia de origen; bajo nivel socio-económico; asilamiento psicológico y social; baja autoestima; sumisión y dependencia; embarazo; desequilibrio de poder en la pareja y consumo de alcohol y drogas; nivel cultural bajo; falta de cualificación académica; desempeño en trabajos poco cualificados; dependencia económica del marido; y hacinamiento.

## **2.7. Clasificación victimal: la víctima simuladora**

Mendelsohn, a quien debemos una de las primeras clasificaciones de víctima, se basó para ello en la relación existente entre la víctima y el criminal diferenciando cinco tipos de víctimas (Gisbert, 2005; Landrove, 1998): la víctima enteramente inocente o ideal; la víctima por ignorancia; la víctima voluntaria; la víctima provocadora; víctima por imprudencia; y la víctima agresora, que subdivide en simuladoras, las que acusan de manera falsa, e imaginarias, que inventan la victimación. También, de interés para el psicólogo forense, resulta la clasificación de Fattah en 1967 que agrupó a las víctimas en no participantes, latentes, provocativas, participantes y falsas, categoría en la que incluye tanto a las que creen haber sido víctimas de un delito como a aquellas que sabiendo a ciencia cierta que no es así sostienen la simulación (Clemente, 1997).

Por su parte, Neuman (1984) formuló una categorización en dos planos, individual y grupal (tomado de Clemente, 1997; Landrove, 1998). De esta forma

---

<sup>59</sup> Los perfiles demográficos estudiados son los característicos de las víctimas estudiadas en centros asistenciales (Echeburúa y Corral, 2003).



clasificó a las víctimas en individuales, víctimas familiares (las más propensas señala que son las mujeres, niños y ancianos); víctimas colectivas, como los sujetos objeto de genocidios o actos terroristas; y las víctimas sociales, categoría en la que se encuentran los colectivos que el sistema convierte en víctimas o en delincuentes, como podrían ser las minorías étnicas o los discapacitados.

Landrove (1998), representante de la moderna victimología, confeccionó una clasificación como resultado de un compendio de investigaciones y clasificaciones anteriores. Así, convino en diferenciar entre víctimas no participantes, participantes, familiares, colectivas, especialmente vulnerables, simbólicas, y falsas víctimas. Con respecto a las últimas, Landrove discriminó entre la víctima simuladora, que engaña conscientemente con el fin de obtener un beneficio secundario; y la víctima imaginaria, la que por razones psicopatológicas o inmadurez psíquica cree haber sido víctima de un delito.

No se puede dejar a un lado que desde la Victimología, aún defendiendo a ultranza el reconocimiento y consideración de la víctimas en relación al victimario, que se subraye la existencia de ciertas personas que, a partir del engaño y la simulación de sintomatología, se valen de la victimación para la obtención de un beneficio secundario. Esto cobra una especial relevancia si lo trasladamos al contexto del Derecho Penal<sup>60</sup>, y en concreto, al delito de violencia de género objeto de estudio en este trabajo, ya que como hemos expuesto, el daño asociado a la victimación conlleva una serie de consecuencias muy relevantes.

---

<sup>60</sup> Diferentes estudios señalan que posteriormente a los filtros policiales y judiciales, todavía hay un 8% de informes falsos de víctimas; disminuyendo hasta un 2% en el caso de los menores (Jones y McGraw, 1987).



### 3. LA MENTIRA, EL ENGAÑO Y LA SIMULACIÓN

#### 3.1. Introducción acerca de la mentira y el engaño

La mentira a lo largo de los tiempos ha sido exaltada, prohibida, aplaudida, perseguida, envidiada o incluso recompensada. Por poner un ejemplo, el pueblo griego ha pasado a la historia, además de por su inteligencia, cultura, refinamiento y dominio de la oratoria, por su fama de mentiroso. Los griegos consideraban la mentira un arte, y por lo tanto, un signo de sabiduría. De hecho, a propósito de Sócrates, Platón refiere que éste valoraba más inteligente al sujeto que mentía de forma consciente que al que decía la verdad ya que éste, por no saber o no tener la aptitud para ello, no era capaz de decir otra cosa (Bettetini, 2002).

Por su parte, el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2001) define el concepto *mentir* como “decir o manifestar lo contrario de lo que se sabe, cree o piensa y por engañar dar a la mentira apariencia de verdad o inducir a alguien a tener por cierto lo que no lo es, valiéndose de palabras y de obras aparentes o fingidas”. Generalmente, podemos afirmar que la mentira se suele vincular con el contenido del lenguaje, esto es, si éste se ciñe o no a la realidad; y el engaño a la intencionalidad, esto es, la voluntariedad de aquel que está mintiendo (Martínez, 2005). A pesar de ello, uno y otro concepto suelen utilizarse indistintivamente.

Por otro lado, las motivaciones para engañar y mentir son múltiples y diversas. Una de las referencias más antiguas es la que nos aporta San Agustín, quien, aun repudiando cualquier forma de engaño, realiza una clasificación de los motivos por los cuales se lleva a cabo el mismo, clasificándolos en función de su grado de gravedad. Entre ellos están: convertir a alguien en materia de fe (el más grave); hacer el mal sin motivación alguna; regocijarse con el engaño; beneficiar a un segundo perjudicando a un tercero; beneficiar a un segundo sin perjudicar a nadie; vivificar un coloquio; salvar una vida o evitar que alguien sufra una injuria (Bettetini, 2002).

Autores más contemporáneos (Martínez, 2005) consideran entre las diferentes motivaciones que pueden dar lugar a comportamientos engañosos y fraudulentos: el miedo a las consecuencias por algo que hicimos; culpabilizar a un tercero; no asumir compromisos; ocultar alguna cosa; conseguir una ventaja u obtener un beneficio. Incluso, se hace referencia a la intención *positiva* que puede tener el engaño, ya que éste puede acarrear consecuencias beneficiosas para una tercera persona.

### **3.1.1. Técnicas de detección del engaño y la mentira**

A lo largo de la historia se han desarrollado diferentes técnicas para la detección del engaño y la mentira. Ejemplo de ello, es la que practicaban en China hace aproximadamente 3000 años que consistía en hacer tomar al hipotético farsante polvo de arroz. Si éste lo escupía húmedo significaba que decía la verdad y si lo escupía seco significaba que mentía. Otro tipo de método era el *Juicio de Dios* empleado por los israelitas. Éste consistía en acercar un hierro caliente a la lengua del testigo. Si éste no se quemaba decía la verdad, pero si por el contrario se quemaba significaba que estaba mintiendo. Éste método basaba su praxis en la creencia de que si la persona engañaba dejaba de producir saliva (Urra, 2002).

Durante la Edad Media se hizo uso de peligrosas pruebas con el fin de descubrir si una persona mentía o decía la verdad. Ejemplo de ello es aquella que consistía en sostener un hierro candente entre las manos, de la que si el sujeto salía airoso su inocencia quedaba demostrada (Tomás y Valiente, 1979). Por otro lado en Galicia, también durante la Edad Media, se repudiaba el testimonio de las mujeres ya que existía la creencia de que éstas no podían declarar por estar bajo sospecha de engaño basada en la traición de Eva en el paraíso, por lo que a excepción de en *hechos femeniles* considerados éstos de poca importancia (p. e., acontecidos en el río, en la fuente o en el molino) a las mujeres no se les reconocía la capacidad testifical por su naturaleza mentirosa (Pallares, 1993).

Otro método que gozó de una gran acogida fue el de la tortura. Éste fue utilizado en la antigua Grecia y también durante la Edad Media (Lea, 1983; Peters, 1985; Reinaldi, 1986; Tomás y Valiente, 1973), aboliéndose en el siglo XVIII en la mayor parte de los países europeos (Langbein, 1976; Peters, 1985), realidad que en la actualidad no es confirmada por Amnistía Internacional (Amnesty International, 2000).

En la actualidad, si bien es cierto que el estudio de la detección del engaño ha evolucionado y la mayor parte de las sociedades han dejado atrás criterios divinos y cruentos para valorar la mentira, estamos lejos de contar con un sistema infalible para detectar la mentira. Así, el tema es complejo y más en el contexto judicial en el que en ocasiones se establece la posibilidad de que el acusado mienta en beneficio propio<sup>61</sup>, hecho que lo convierte en menos creíble a los ojos de la ley. Asimismo, los niños tienen poca credibilidad (Heydon, 1984) debido a la imaginabilidad y sugestión que se cree les acompaña (Bull, 1997). También se asocian a la mentira ciertas características de personalidad como el maquiavelismo (Manstead, Wagner y MacDonald, 1986), la introversión/extroversión (Eysenck, 1984), diversos tipos de patología tales como la psicopatía (Hare, Forth y Hart, 1989), el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el trastorno narcisista de la personalidad, el trastorno histriónico de la personalidad o la deficiencia mental ligera (Ford, King y Hollander, 1988). Además, tal como señala Alonso-Quecuty (1990), el testigo aún queriendo ser honesto puede cometer errores (p. e. las falsas memorias), pudiéndosele otorgar una gran credibilidad como testigo pero careciendo su testimonio de exactitud. En esta línea, Mira (1989) expone la necesidad de estudiar los testimonios desde dos perspectivas. Por un lado, la *credibilidad* de la declaración, referida a la evaluación social que se hace del testigo; y por otro lado la *exactitud* de la declaración, concerniente a si el testigo relata los hechos como realmente han ocurrido.

Con respecto a esta última, la exactitud de la declaración, la investigación psicológica ha tomado diversos caminos (Sporer, 1997; Vrij, 2000) diferenciándose tres grandes perspectivas: las que se centran sobre la conducta observable del

---

<sup>61</sup> Por ejemplo en el español.

testigo; las que atienden al contenido verbal de la declaración y las que se asientan sobre la ciencia psicofisiológica. A continuación procederemos a su exposición.

#### **3.1.1.1. Evaluación de la exactitud del testigo a partir del comportamiento observable**

Comenzaremos este apartado con una revisión de los principales trabajos que abordan la evaluación de la credibilidad a partir del comportamiento observable del testigo. Ciertos movimientos de las manos, la ocultación de la mirada o el movimiento de pies son indicadores conductuales que popularmente se han asociado a la actitud engañosa. Así, parte de la comunidad científica perteneciente a la Psicología Social, considera que existe una relación directa entre determinadas pautas conductuales de las personas y la credibilidad de su testimonio. Sin ir más lejos, en el contexto legal o policial, existen situaciones en las que por carencia de tiempo y/o de otras evidencias, se recurre a la conducta no verbal de la persona para determinar la credibilidad del detenido (Garrido, Masip y Herrero, 2006), tesis que ha recibido fuertes críticas (Park, Levine, McCornack, Morrison y Ferrara, 2002).

De hecho, experimentos sobre la detección no-verbal del engaño muestran que la capacidad que posee un sujeto no experto en esta materia a la hora de discernir entre testimonios verdaderos y falsos es igual que el azar (entre un 45% y un 64%) (Vrij, 2000; Zuckerman, Depaulo y Rosenthal, 1981). En esta línea, Bond y DePaulo (en prensa) o Kassin (2004) demostraron que cuando los observadores son profesionales familiarizados con el engaño y la mentira (p. e., jueces o policías), su precisión, pese a la creencia generalizada de que son buenos detectores de mentiras, no difiere de la de los sujetos legos. Esto tiene una repercusión directa en el ámbito forense ya que ante estos resultados se concluye que no se debería emitir ningún juicio de credibilidad basado únicamente en la conducta del emisor, y de hacerlo, debería ir acompañado de otra prueba más válida.

Por otro lado, Levine, Park y McCornack (1999), detectaron lo que se conoce como *sesgo de veracidad*, definiéndolo como la tendencia que tenemos para juzgar las declaraciones de las personas como verdaderas. Esto a su vez provoca lo que

se conoce como *efecto de veracidad*, que hace referencia a que la capacidad para detectar declaraciones verdaderas es mayor que la utilizada para detectar las falsas. No obstante, en este término Bond y DePaulo (en prensa) encontraron que este sesgo es menor en los sujetos expertos. En la misma línea, Meissner y Kassin, (2002), señalaron que en profesionales que están en contacto diario con la necesidad de discernir entre la verdad y la mentira, existe una tendencia a considerar las declaraciones falsas, denominándose a este fenómeno *sesgo de mendacidad*.

Otro interesante estudio en este campo es el realizado por Bond y De Paulo (en prensa), en el que estudiaron la capacidad de los sujetos para discernir entre testimonios verídicos de inventados, observando un curioso efecto denominado *detección implícita del engaño*. Éste ocurría cuando se le pedía a los sujetos testigos que juzgaran las declaraciones no por si éstas les parecían verídicas o engañosas, sino en función de otros criterios como la ambivalencia de las declaraciones o lo cómodo que parecía el emisor de la narración. Ante estas instrucciones los resultados muestran que aumenta significativamente la precisión de la discriminación entre testimonios verdaderos y falsos.<sup>62</sup>

El estudio de la confianza de los testigos en sus juicios sobre la credibilidad de las declaraciones es otro de los aspectos estudiados en los experimentos sobre la detección no-verbal del engaño. Las investigaciones muestran que la capacidad de los sujetos para discernir entre la verdad y la mentira de una declaración es muy pobre, sin embargo, las personas sobreestiman esta capacidad. Así, ésta es mayor para las declaraciones verdaderas que para las falsas, muy probablemente por el sesgo que antes denominamos de veracidad (Levine, Park y McCornack, 1999); además esta confianza se ve incrementada cuanto mayor sea el lazo relacional entre el emisor y el receptor; y es superior en varones (DePaulo, Charlton, Cooper, Lindsay y Muhlenbruck, 1997).

---

<sup>62</sup> Para una lectura más detallada véase De Paulo y Morris (2004), quienes encuentran este efecto en una larga serie de medidas.

Los trabajos revisados hasta este punto, muestran que la capacidad que tenemos para discernir entre declaraciones verídicas o engañosas es muy limitada y que, además, no tenemos conciencia de ello. No obstante, dentro de este grupo de investigaciones se considera la posibilidad de que ciertos estímulos del comportamiento no verbal, como podrían ser el rostro, el cuerpo o determinadas conductas, se manifiesten con mayor frecuencia al engañar que al decir la verdad. A este respecto Ekman y Friesen (1969) refieren que tenemos más control sobre lo que expresamos con el rostro que con lo que expresamos con el resto del cuerpo, subrayando que para la detección del engaño sería mejor atender a las manos, a las piernas o a los pies del emisor. Esta tesis fue ratificada en un meta-análisis presentado por Zuckerman, DePaulo y Rosenthal en el año 1981, sin embargo, en un estudio posterior elaborado por Bond y DePaulo (en prensa) se encontró que tanto atendiendo al rostro como atendiendo al cuerpo la precisión para discernir entre la verdad y mentira en un testimonio era igual al azar.

Por otro lado, Ekman y Friesen (1969), a pesar de exponer que los sujetos poseían un mayor control sobre el rostro que sobre el resto del cuerpo, también argumentaron que las emociones reflejadas en el rostro presentaban un vínculo automático con el mismo, por lo que propusieron otra alternativa para la detección del engaño a partir de las expresiones emocionales, aspecto que consideraban más fiable que el contenido verbal del mensaje. Sin embargo, esta argumentación tampoco ha recibido apoyo empírico. A este respecto Zuckerman y otros (1981) y Bond y DePaulo (en prensa) mediante estudios de meta-análisis han demostrado categóricamente que la contribución de la información verbal al modo audiovisual supera a lo aportado por las claves visuales considerando además que nuestras creencias sobre los indicadores verbales del engaño son más exactas que las claves no-verbales del mismo.

Otras líneas de investigación estudiaron tanto las creencias populares como profesionales (v. gr., policía, jueces) de que ciertos comportamientos no verbales, como no mirar a los ojos directamente, mayor movimiento de los dedos o las manos, mayor latencia de respuesta o cometer más errores al hablar, se relacionan directamente con el engaño. Estos trabajos evidencian que no existe relación entre



este tipo de conductas y la mentira (DePaulo, Lindsay, Malone, Muhlenbruck, Charlton y Cooper, 2003; Strömwall, Granhag y Hartwig, 2004; Vrij, 2000).

Zuckerman y otros (1981) enfocaron el estudio del engaño desde la asociación entre una cierta activación del arousal (cuando se miente hay una activación cognitiva mayor que cuando se está diciendo la verdad) y las emociones que pueden aparecer vinculadas a este estado, como la culpa o la vergüenza, que se reflejarían en la conducta y que el sujeto mentiroso trataría de controlar con el fin de no ser descubierto. Según los autores, estas conductas serían un aumento del tono de voz, una dilatación de las pupilas o a la aparición de risa nerviosa. Esto podría dar lugar a una diferencia entre el comportamiento automático y controlado, diferencia que podría ser un indicador fiable para la discriminación entre el engaño y la sinceridad (Masip y Garrido, 2000, 2001; Zuckerman y otros, 1981). A pesar de esta correcta argumentación, lo cierto es que presenta limitaciones, ya que un mentiroso no siempre puede sentir arousal, es más, una persona que está diciendo la verdad, por el miedo a no ser creído, puede desarrollar la misma respuesta de arousal que un mentiroso.

El marco teórico de Zuckerman y otros (1981) fue tomado como referencia para la más extensa y detallada revisión de los indicadores del engaño no verbal y la veracidad, realizada por DePaulo y otros (2003). Se trata de un meta-análisis que examina 158 indicadores no-verbales (visibles y vocales) y verbales diferentes, tratando de estudiar su presencia o ausencia en relación a declaraciones verdaderas o falsas. Los autores formularon al respecto cinco hipótesis:

- Quienes mientan serán menos comunicativos o más retraídos que quienes digan la verdad. En esta hipótesis se incluyeron 14 indicadores (v. gr., dar respuestas más cortas, menos detalles).
- Las narraciones de quienes mientan serán menos perfectas que las de quienes digan la verdad. En esta hipótesis se incluyeron 65 indicadores (v. gr., serán menos fluidas).

- Quienes mientan se mostrarán menos positivos y agradables que quienes digan la verdad. En esta hipótesis se incluyeron 18 indicadores (v. gr., aparecerán menos amigables, sonreirán menos).
- Quienes mientan se sentirán más tensos que los que digan la verdad. En esta hipótesis se incluyeron 12 indicadores (v. gr., más nerviosos, voz más aguda, se les dilatará la pupila).
- Los testimonios de los que no dicen la verdad se caracterizarán por presentar menos imperfecciones naturales y menos contenidos poco frecuentes que los testimonios de quienes digan la verdad. En esta hipótesis se incluyeron 19 indicadores verbales.

El resultado de este estudio es que existen escasas diferencias entre la conducta de las personas cuando mientan que cuando dicen la verdad<sup>63</sup>, la aparición de dichas conductas es probabilística y está sujeta a otras variables como la motivación o si el sujeto declara sobre una trasgresión o sobre otro tema (DePaulo y otros, 2003). Ante estos resultados Vrij (2004) apunta que no se debe atribuir ninguna conducta, por muy vinculada que esté popularmente al acto de mentir, al engaño hasta que hayamos descartado categóricamente otras alternativas posibles.

A la vista de estas limitaciones, donde incluso los programas de entrenamiento en detección del engaño no verbal han fracasado<sup>64</sup> (Garrido y otros, 2006), se han abierto nuevas líneas de investigación a partir de la inteligencia artificial donde se trata el tema del reconocimiento informatizado de las emociones o de la mentira, no obstante, estamos lejos de elaborar un instrumento que diferencie entre la verdad y el engaño basándonos en evidencias no verbales. De hecho, podríamos concluir este apartado exponiendo que, a excepción de la nariz de Pinocho, no existe ninguna evidencia conductual que nos indique que una persona está utilizando el engaño.

---

<sup>63</sup> Hasta el momento no existe ningún listado de conducta no-verbal asociado al sujeto que está mintiendo.

<sup>64</sup> Los autores consideran que el entrenamiento en detección del engaño incrementa la frecuencia de los juicios de mentira, pero no la precisión de juzgar testimonios verídicos.

### 3.1.1.2. La psicofisiología: el polígrafo

Dentro del grupo de técnicas fisiológicas tienen cabida todos aquellos procedimientos que miden la tasa cardiaca, respiratoria, la conductancia psicogalvánica, la sudoración o la dilatación pupilar. Ejemplo de ello son el polígrafo o la también conocida *máquina de la verdad* diseñada por el médico Larson en 1923; el método de la exploración motriz de Luria (1930); el psicodiagnóstico miocinético de Mira i López (1932) o el electroencefalograma (EEG) (Gisbert, 1983). De todos ellos, el más popular es el polígrafo, que se basa en el registro de variables psicofisiológicas (p.e., respuesta psicogalvánica, presión sanguínea, ritmo cardíaco y respiración, principalmente) que es transformada en gráficos interpretables a partir de los cuales se puede obtener una conclusión sobre la veracidad del testimonio emitido por el sujeto.

A pesar de su acogida y repercusión mediática, la literatura existente sobre la efectividad de este tipo de procedimientos es controvertida<sup>65</sup> (p.e., Bull, Baron, Gudjonsson, Hampson, Rippon y Vrij, 2004; Masip, 2002). Además, todavía existen muchas lagunas sobre las bases teóricas y prácticas de este procedimiento por lo que su uso no es recomendable en el ámbito judicial (Garrido y otros, 2006).

### 3.1.1.3. Evaluación de la exactitud del testigo a partir del contenido verbal del testimonio

Como hemos podido comprobar, ni la observación del comportamiento no-verbal, ni la utilización de técnicas psicofisiológicas, resultan útiles para la discriminación entre la verdad y el engaño, y menos en el contexto legal, principalmente por el amplio margen de error que arrojan. Ante esta tesitura, otras líneas de investigación han centrado sus esfuerzos en estudiar la relación entre la verdad y el engaño basándose en el contenido verbal de las declaraciones. El punto de partida de este tipo de investigaciones serán *las palabras*, ya que tal como afirmó Undeutsch (1989) éstas son las que se alteran conscientemente cuando se miente.

---

<sup>65</sup> Los defensores del polígrafo consideran que este procedimiento arroja una precisión cercana al 80 por ciento para detectar el engaño (Garrido y otros, 2006).

Además, como hemos señalado en el epígrafe anterior, los estudios apuntan a que las creencias que tienen las personas sobre los indicadores verbales del engaño son más precisas que las creencias que poseen sobre los indicadores no-verbales. A esto se le suma, que desde esta línea de investigación se hayan desarrollado instrumentos o protocolos sistematizados<sup>66</sup> cuya fiabilidad y validez pueden ser revisados (Garrido y otros, 2006).

Pese a que existen antecedentes que datan de finales de siglo XIX y principios de siglo XX referidos al estudio verbal del engaño (Lamers-Winkelmann, 1999), la evaluación de la credibilidad del testigo se comenzó a desarrollar en Alemania en los años 30. Para su arranque fue imprescindible la reforma del sistema judicial acaecida en este país tras la II Guerra Mundial, lo que llevó consigo la creación de tribunales especiales para casos en que las partes en un proceso penal fueran menores de 21 años. A este hecho se sumó que en el año 1954 el Tribunal Supremo de la República Federal de Alemania dictara una sentencia en la que se recogía la necesidad de que en delitos penales, sobre todo de carácter sexual, en los que estuvieran implicados menores, un psicólogo o un psiquiatra debería evaluar la veracidad de la declaración del menor cuando solo se contara con el testimonio de éste y dicho delito no fuera corroborado por otra evidencia (Undeutsch, 1982, 1984, 1989). Esto ha permitido a los psicólogos alemanes la evaluación de miles de niños y adolescentes, elaborando, a partir de los datos extraídos, un sistema de criterios verbales de realidad o de contenido.

Uno de los psicólogos que más destacó en el contexto legal en la Alemania de los años 50 fue el forense Udo Undeutsch<sup>67</sup>. Este autor sostenía la idea de que el testimonio de los hechos que se han experimentado se diferencia en contenido, en calidad y en expresión de los testimonios que son consecuencia de la imaginación.

---

<sup>66</sup> Las aproximaciones verbales hacen uso de una rejilla de criterios cuya presencia o ausencia se busca en la declaración a estudiar.

<sup>67</sup> Undeutsch tiene su antecedente teórico en las proposiciones expuestas por Arne Trankel, quien expuso dos claves para el estudio de la credibilidad del testimonio: el criterio de realidad (las declaraciones reales tienen un mayor número de detalles periféricos que las falsas) y el criterio de secuencia (las declaraciones verdaderas pueden presentar modificaciones en aspectos periféricos, tales como, el momento del día o duración del incidente) (Alonso-Quecuty, 1999).

Esta conceptualización dio como resultado lo que hoy se conoce por *Hipótesis de Undeutsch*, base sobre la que se asienta el *Statement Reality Análisis*.

#### **3.1.1.3.1. *Statement Reality Analysis***

Undeutsch publica en 1967 por primera vez un amplio análisis de validez a partir del estudio de categorías y criterios aplicables a las declaraciones de los niños víctimas de abusos sexuales. No obstante, pese a lo insólito del sistema, Undeutsch no explicó el motivo de la inclusión de estos criterios ni presentó apoyo empírico alguno.

La forma de proceder con este instrumento es la que se expone a continuación. El *Statement Reality Análisis* (a partir de ahora SRA) tiene como punto de partida el estudio del sumario, lo que supone el conocimiento completo de las diferentes declaraciones del menor (a la policía, al juez, etc.), de otros testigos y del agresor. Posteriormente, se deberá tomar el testimonio al menor mediante una entrevista<sup>68</sup> de recuerdo libre conjuntamente con preguntas, en un clima óptimo que favorezca una declaración completa que ha de ser grabada. Una vez hayamos obtenido la declaración procedemos a su análisis de la realidad empleando los criterios que aparecen a continuación:

##### **a) Criterios derivados de la declaración.**

- Criterios generales, fundamentales:
  - Anclaje, fijación espacio-temporal (concreción de la acción en un espacio y tiempo).
  - Concreción (claridad, viveza).
  - Riqueza de detalles (gran cantidad de detalles en la narración).
  - Originalidad de las narraciones (frente a estereotipos o clichés).
  - Consistencia interna (coherencia lógica y psicológica).
  - Mención de detalles específicos de un tipo concreto de agresión sexual.

---

<sup>68</sup> El tipo de entrevista utilizada será la entrevista cognitiva de Fisher y Geiselman, (1992) que será descrita en el apartado 3.1.1.3.2.1.

- Manifestaciones especiales de los criterios anteriores:
  - Referencia a detalles que exceden la capacidad del testigo (que van más allá de su imaginación o capacidad de comprensión).
  - Referencia a experiencias subjetivas: sentimientos, emociones, pensamientos, miedos, etc.
  - Mención a imprevistos o complicaciones inesperadas.
  - Correcciones espontáneas, especificaciones y complementaciones durante la declaración.
  - Auto desaprobación (declaración en contra de su interés).

b) Criterios negativos o de control:

- Carencia de consistencia interna (contradicciones).
- Carencia de consistencia con las leyes de la naturaleza o científicas.
- Carencia de consistencia externa (discrepancia con otros hechos incontrovertibles).

c) Criterios derivados de las secuencias de declaraciones

- Carencia de persistencia (estabilidad en el tiempo y contextos).
- Declaración inconsistente con la anterior.

El SRA contiene, en las dos primeras agrupaciones, criterios que se aplicarán exclusivamente sobre una declaración; mientras que el último criterio se vinculará con más de una declaración. Esto nos refleja que Undeutsch no analiza los testimonios de manera independiente, sino que a la vez se estudia la relación entre ellos a través de este último compendio de criterios. Los dos primeros factores se vinculan positivamente con la sinceridad, lo que significa que la presencia de estos criterios indica veracidad de la declaración, pero la ausencia de los mismos no significa que el testimonio sea falso. Se debe tener en cuenta que cada criterio tiene un peso limitado en la determinación categórica (verdadera vs. falsa).

Además, Undeutsch prescribe cuatro máximas a la hora de aplicar el SRA y diferenciar entre lo real y lo imaginado:

- a) La intensidad o grado de las manifestaciones en los distintos criterios.
- b) El número de detalles de la narración que se relacionan con uno o más criterios.
- c) Las capacidades del testigo para informar (edad, inteligencia, sugestión).
- d) Las características del evento narrativo (complejidad, relevancia).

Posteriormente, los criterios de realidad elaborados por Undeutsch fueron integrados en el *Criteria-Based Content Analysis* (a partir de ahora CBCA) formulado por Steller y Köhnken (1989), que a su vez forma parte del *Statement Validity Assessment*.

#### **3.1.1.3.2. *Statement Validity Assessment***

Steller y Köhnken (1989) partiendo del modelo de Undeustch, propusieron un método semi-estandarizado de categorías que tenía como objeto, al igual que el SAR, la evaluación de la exactitud de las declaraciones de menores víctimas de abusos sexuales. Estos criterios de contenido forman parte del sistema de análisis denominado *Statement Validity Assessment* (a partir de ahora SVA). Según Raskin y Esplín (1994) con el término *validez* se trataría de reflejar que el testimonio estudiado está referido a una vivencia personal a pesar de la imprecisión de algunos detalles (v. gr., distorsiones memorísticas, sugestionabilidad o falsas memorias), de hecho, la máxima de este sistema consiste en no considerar válido un testimonio cuando no esté basado en una vivencia personal.

Steller y Köhnken (1989), expusieron que la evaluación del testimonio de un menor referido a un delito de abusos sexuales a partir del SVA que integraría, como hemos comentado, el CBCA, seguiría los pasos que se exponen a continuación:

- Entrevista: *Entrevista Cognitiva* de Fisher y Geiselman (1992).
- Aplicación del CBCA.

-Aplicación de las categorías de validez.

### **3.1.1.3.2.1. Entrevista Cognitiva de Fisher y Geiselman (1992)**

El proceso comienza con una entrevista<sup>69</sup> cuyo éxito dependerá de la pericia del investigador, del grado de colaboración del entrevistado, del tiempo transcurrido desde el suceso y del tipo de entrevista (véase Memon y Bull, 1999). Sobre esto último diversos autores han reseñado pautas determinadas para llevar a cabo la entrevista, como Bull (1997), Cantón (2000), Raskin y Esplín (1994), Steller y Boychuk (1992) o Yuille, Hunter, Joffe y Zaparnuk (1993). Incluso, en algunos países diferentes organismos gubernamentales o asociaciones de profesionales han aportado guías de actuación para recoger el testimonio del menor, como la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1985); la *American Professional Society on the Abuse of Children* (1997a, 1997b), el *Independent Second Opinion Panel* (1987) y la *Home Office* (1992, 2002).

Las diferencias entre las aproximaciones propuestas son mínimas, por lo que nosotros basaremos la exposición en la entrevista cognitiva de formato narrativo de discurso libre elaborada por Fisher, Geiselman y Amador en 1989, la *Entrevista Cognitiva* (a partir de ahora CI). Sobre la misma en comparación con la entrevista policial (interrogativa) los estudios demuestran que la CI de formato narrativo proporciona mayor información, fundamentalmente correcta (36%) pero también incorrecta (17,5%). No obstante, esto no implica que la exactitud global sea mayor en un tipo de entrevista que en el otro. Así, el porcentaje promedio de información correcta en la entrevista interrogativa es del 82% frente al 84% de la entrevista cognitiva. Para hacer frente a esta paradoja, Alonso-Quecuty (1993a) propone la utilización conjunta de la CI y de la entrevista policial tipo interrogatorio, pero estableciendo para ello un orden: primero se realizará la entrevista en forma

---

<sup>69</sup> Los interrogatorios, también conocidos como entrevistas estándar, conforman el método de obtención de información por excelencia, sin embargo, la declaración obtenida mediante estos instrumentos no es productiva para la aplicación de sistemas de análisis de contenido como podría ser el CBCA. Además, algunas investigaciones apuntan a que los interrogatorios mal realizados pueden introducir información engañosa en las declaraciones de personas cuyos testimonios son sinceros (p. e., Loftus, Korf y Schooler, 1988).



narrativa y, a continuación, en forma interrogativa. De no hacerse de este modo, podría ocurrir lo que Loftus (1979) ha descrito como *efectos de la información post-suceso* que consiste en que el entrevistado integre en sus declaraciones experiencias que jamás vivenció.

La entrevista cognitiva, que debe ser grabada para posteriormente proceder al análisis de contenido a partir del CBCA, está basada en dos principios teóricos:

- a) Existen diferentes canales de recuperación de memoria para un mismo hecho, por lo que la información no accesible mediante un canal puede serlo mediante otro (Tulving, 1983).
- b) Una huella de memoria admite varias características y una ayuda de recuerdo es efectiva en la medida en que hay una superposición entre la huella de memoria y la ayuda de recuerdo (Tulving y Thomson, 1973).

La CI comprende cuatro instrucciones o técnicas generales de recuperación de memoria que deben ser consideradas tanto por el entrevistador como por el entrevistado con el objetivo de obtener la mayor información posible:

- a) El recuerdo libre.
- b) La reinstauración de contextos.
- c) El cambio de perspectiva.
- d) El recuerdo en orden inverso.

El *recuerdo libre* consiste en pedirle a la persona que narre todo lo sucedido (no se le interrumpirá y se respetarán los silencios) insistiendo el entrevistador en aquellos detalles que pueda considerar el testigo que son superficiales y banales para la investigación. Se le explicará al sujeto que los detalles están asociados unos con otros, y éstos puede que si sean detalles relevantes. Además, se insistirá al testigo que recupere la información a través de imágenes mentales y se le garantizará un contexto propicio para la concentración.

La *reinstalación de contextos*, esto es, la reconstrucción mental de los contextos físicos y psicológicos en el que se produjeron los hechos, es la segunda de las técnicas. Para ello pediremos al testigo que se ponga mentalmente en el contexto en el que se ha desarrollado el acto delictivo teniendo en cuenta: elementos emocionales (p. e., trata de recordar como te sentías); elementos secuenciales (p. e., piensa en lo que estabas haciendo en el momento en que ocurrieron los hechos); y elementos perceptivos (p. e., recuerdas qué podías ver, cómo olía, qué es lo que escuchabas).

Esta técnica que se identifica con la utilizada por los jueces y policía, denominada *reconstrucción de los hechos*, se basa en el principio de codificación de Tulving que establece que la información contextual de un suceso se codifica con el evento y se conecta de forma asociativa (Tulving y Thompson, 1973). Además, la recuperación verbal del suceso depende del grado en que los índices ambientales de la situación en la que se lleva a cabo el recuerdo se solapan con las propiedades previamente codificadas (Tulving, 1983).

En tercer lugar utilizaremos el *recuerdo en orden inverso*. Mediante esta técnica se pretende que la persona narre los hechos modificando el orden original en el que se produjeron (v. gr. desde el final al principio, desde el medio al final). Con ello, se pretende recuperar pequeños detalles y reducir los efectos de los conocimientos previos, de las expectativas y los esquemas de memoria (Memon, Cronin, Eaves y Bull, 1993). Al respecto, Fisher y Geiselman (1992) apuntaron que aquella información del suceso inconsistente o contradictoria con el esquema del sujeto puede no ser recordada por él. Del mismo modo, de acuerdo con Bower y Morrow (1990) tendemos a recordar el esquema o modelo mental que nos formamos de un evento más que el evento mismo. En la misma línea, Geiselman y Callot (1990) observaron que los sujetos que relataban el suceso en orden natural (del inicio al final) y en orden inverso (del final al inicio), recordaban más información correcta que aquellos que relataban el suceso dos veces en orden natural.

La CI propone además la técnica del *cambio de perspectiva* para facilitar la recuperación de la información sobre un hecho. Ésta es una técnica a partir de la

cual solicitamos al testigo que se ponga en el lugar del sospecho o de otro testigo. Esta actuación está basada en los estudios de Bower (1967) quien apuntó que las personas al imaginarse los personajes de una historia recordaban más detalles propios de la perspectiva del personaje con quien se habían identificado, que de otros personajes. Milne y Bull (1999) tomaron un estudio realizado en la década de los setenta (Anderson y Pichert, 1978) en el que se concluyó que las personas son capaces de recuperar más información y mayor número de detalles, si relataban los hechos desde su perspectiva y otras perspectivas diferentes, ya que esto último les estimulaba el recuerdo. Es importante, a la hora de aplicar esta técnica, tomar precauciones y explicarle a la persona que el cambio de perspectiva no equivale a hacer adivinaciones o conjeturas sobre que podía estar sintiendo otra persona.

Asimismo, la entrevista cognitiva propone el uso de una serie de técnicas suplementarias utilizadas para facilitar la recuperación de la información conocidas como *memory jogs* o *impulsos a la memoria* que sirven para recordar un mayor número de detalles referidos a personas (p.e., nombres, caras, voces o apariencia) y objetos (p.e., vehículos, matrículas o armas). Ejemplo de ello son la gimnasia memorística (p. e., ¿te recordó a alguien el agresor?, ¿había algo en su apariencia que te llamara la atención?); los nombres (p. e., trata de recordar la primera letra del nombre para ello vamos a recorrer una a una las letras del alfabeto); objetos (p. e., recuerda los objetos que había dentro y fuera de la habitación, ¿te parecían ligeros de llevar?); conversaciones y características del habla (p. e., ¿percibiste si el agresor tartamudeaba?, ¿tenía algún acento extranjero?).

La versión estándar de la entrevista cognitiva fue mejorada por Fisher y Geiselman (1992), principalmente para adaptarla al sistema legal, pasándose a denominar la *Enhanced Cognitive Interview* (a partir de ahora ECI). Las fases en las que se lleva a cabo son las que se describen a continuación:

Fase 1. Saludo, recibimiento y personalización de la entrevista para el establecimiento de una buena relación o entendimiento.

Fase 2. Explicar los objetivos de la entrevista:

- Recuperación del enfoque (diversos puntos de vista).

- Relato de todas las cosas (todo detalle que recuerde es importante).
- Transferencia de control (del entrevistador hacia el entrevistado).
- No crear ni conjeturar (no fabricar información que no está en la memoria).
- Fuerte concentración (para mejorar el rendimiento en el recuerdo).

Fase 3. Iniciación del recuerdo libre:

- Reinstalación del contexto (para mejorar el recuerdo).
- Preguntas abiertas (no inductivas ni sugestivas).
- Pausas (para evitar la interrupción al entrevistado).
- Conducta no verbal (cuidado con los gestos y actitudes del entrevistador).

Fase 4. Interrogatorio:

- Relato de todas las cosas.
- Interrogatorio compatible al entrevistado (adecuado a su nivel de desarrollo).
- No crear ni conjeturar nueva información.
- El entrevistado puede responder *no lo sé* y el entrevistador ha de mostrarse de acuerdo.
- Concentración.
- Activar y comprobar una imagen mental.
- Preguntas abiertas y cerradas.

Fase 5. Recuperación variada y extensa:

- Cambio del orden temporal.
- Cambio de perspectivas.
- Enfoque sobre todos los sentidos.

Fase 6. Resumen, conclusión.

Fase 7. Cierre.

En la misma línea, en 1995, Köhnken defiende que la ECI ha de llevarse a cabo en ocho etapas, que presentamos a continuación:

Fase 1. Saludo y personalización de la entrevista.

Fase 2. Compenetración y entendimiento.

Fase 3. Reinstauración del contexto.

Fase 4. Inicio del recuerdo libre.

Fase 5. Interrogatorio.

Fase 6. Preguntas compatibles con el entrevistado.

Fase 7. Recuerdo en orden inverso. Resumen.

Fase 8. Cierre.

Hasta aquí, hemos descrito la entrevista cognitiva desde una perspectiva estándar, aplicable tanto a adultos como a niños mayores de 8-9 años<sup>70</sup>. No obstante, con niños más pequeños cuyas capacidades cognitivas no se equiparan a las de los adultos o bien con otro tipo de población como pueden ser los discapacitados psíquicos la entrevista cognitiva debe adaptarse a sus peculiaridades.

En el caso de los menores, destacar que el Ministerio del Interior y el Departamento de Salud Británicos (Home Office and The Department of Health, 1992) encargaron a los profesores Diane Birch y Ray Bull el diseño de un protocolo de actuación para obtener la declaración de niños testigos. Dichos profesores, tomando como referente la entrevista cognitiva, recomendaron que previamente a ésta el entrevistador debería tener primero un conocimiento acertado sobre las características evolutivas, lingüísticas, físicas, sociales y evolutivas del menor. Una vez que tuviera esta información Bull y Birch estructuraron la intervención con el niño testigo en cuatro etapas: entendimiento y compenetración, recuerdo libre, interrogatorio y conclusión. Los autores recalcaron que en la fase de interrogatorio se deben ir formulando de manera gradual primero preguntas abiertas, en segundo lugar, específicas pero no sugestivas, en tercer lugar cerradas y por último preguntas profundas. Es importante resaltar que con los niños se deben evitar preguntas con el formato *por qué* ya que suelen originar en los menores

---

<sup>70</sup> La entrevista cognitiva estándar requiere de capacidad de empatía. Si tenemos en cuenta que ésta se adquiere sobre los 8-9 años, es aconsejable recurrir a la entrevista adaptada con niños menores de estas edades (Vrij y Winkel, 1996).

culpabilidad; o preguntas con respuesta bipolar (p. e., sí vs. no) ya que tienden a ofrecer la primera alternativa, especialmente si ésta es afirmativa. Además, Arce y Fariña (2005) han añadido otros procedimientos complementarios de actuación en situaciones en que los niños todavía no han operativizado conceptos o carecen de habilidades lingüísticas suficientes<sup>71</sup>.

El trabajo científico relativo a la obtención del testimonio en testigos discapacitados es muy escaso, sin embargo, es necesario que prolifere ya que este tipo de población es muy vulnerable y no es extraño que sea objeto de abusos o engaños constituyendo su testimonio una prueba imprescindible para el juzgador. En respuesta a esta carencia, Arce, Novo y Alfaro (2000) han creado un protocolo de actuación para obtener el testimonio válido y fiable de una persona supuestamente discapacitada. Para ello es imprescindible, según refieren estos autores, confirmar mediante evaluación forense su capacidad como testigo<sup>72</sup> o también denominada capacidad testifical. Arce y otros (2000) proponen la administración de las escalas Wechsler (véase Wechsler, 1976), dado que proporcionan información muy fiable sobre la capacidad intelectual del sujeto. Además, nos informará sobre la existencia o no de lesión o deterioro cerebral<sup>73</sup>. En el caso de confirmarse, mediante el uso del Test Barcelona (Peña-Casanova, 1990) y Evaluación Rápida de Funciones Cognitivas (Gil, 1999) podemos explorar las áreas cognitivas afectadas por la lesión cerebral o el deterioro, adecuando la entrevista y la obtención del testimonio a las características del testigo y planificando una serie de condiciones para obtener un testimonio fiable (véase Arce y otros, 2000).

---

<sup>71</sup> Para la estimación de longitudes o tiempos Arce y Fariña (2005) acuden a otros referentes familiares para el menor, como son el tiempo de un recreo o la longitud de una mesa. Ante la falta de habilidades lingüísticas del menor, el perito, si observa que el niño posee imágenes mentales, puede pedirle que las dibuje. Estos autores desaconsejan el uso de muñecos anatómicos ya que conllevan a una alta probabilidad de error en el perito (Dammeyer, 1998) al tiempo que incrementan el número de respuestas incorrectas en los menores (Goodman, Quas, Batterman-Faunce, Riddleesberger y Kuhn, 1997).

<sup>72</sup> El Art. 410 de la *Ley de Enjuiciamiento Criminal* recoge que toda persona que viva en el territorio español tiene la obligación de declarar. No obstante, el Art. 417, párrafo 3, exime de esta obligación a los incapacitados morales.

<sup>73</sup> En concreto, el WAIS nos alerta de una posible lesión cerebral si la diferencia entre las subescalas verbal y manipulativa es mayor a 10 puntos (Wechsler, 1976).

El gran inconveniente de este tipo de entrevistas es que precisan de entrevistadores expertos y que hayan sido entrenados de forma exhaustiva, debido a que la fiabilidad y validez de la información obtenida dependerá en buena parte de la pericia del entrevistador (Alonso-Quecuty, 1993a).

### **3.1.1.3.2.2. Aplicación del CBCA**

Una vez que el profesional ha obtenido del testigo un testimonio suficiente y válido y recogido en un formato preferentemente audiovisual, éste se transcribirá de forma literal con el fin de aplicarle posteriormente el CBCA. Como ya explicamos, el CBCA está basado en la hipótesis de Undeutsch, que predice que la narración de eventos reales se diferencia de la narración de eventos inventados en contenido, calidad y expresión. El CBCA fue estructurado por Steller y Köhnken (1989) en 19 criterios de veracidad o también denominados de contenido, cuya presencia en el testimonio nos indicaría que estamos ante una declaración basada en la experiencia personal del narrador, no obstante, su ausencia no nos estaría indicando que estamos ante una declaración falsa. Los criterios del CBCA son los que aparecen referenciados a continuación:

#### **A. Características generales:**

- a. Estructura lógica.
- b. Elaboración no estructurada.
- c. Calidad de detalles.

#### **B. Contenidos específicos:**

- a. Engranaje contextual.
- b. Descripción de interacciones.
- c. Reproducción de conversaciones.
- d. Complicaciones inesperadas.

#### **C. Peculiaridades del contenido:**

- a. Detalles inusuales.
- b. Detalles superfluos.
- c. Incomprensión de detalles que se narran con precisión.
- d. Asociaciones externas relacionadas.
- e. Alusiones al estado mental subjetivo.

f. Atribución al estado mental del autor del delito.

D. Contenidos referentes a la motivación:

- a. Correcciones espontáneas.
- b. Admisión de falta de memoria.
- c. Plantear dudas sobre el propio testimonio.
- d. Autodesaprobación.
- e. Perdonar al autor del delito.

E. Elementos específicos del delito:

- a. Detalles característicos del delito.

Según Steller (1989), lo que debería hacer el profesional que hace uso del CBCA, es asignar 2, 1 ó 0 puntos a cada una de las 19 categorías en función de si el criterio se encuentra fuertemente presente, presente o ausente en la declaración. Otros autores como Lamb, Sternberg, Esplín, Hershkowitz, Orbach y Hovav, (1997), propusieron, sin embargo, que tan solo se considere la presencia o ausencia del criterio. El resultado final será una combinación entre las categorías y los criterios. Una crítica que se le ha hecho al CBCA es que no establece cuantos criterios son necesarios para que una declaración sea clasificada como creíble o no creíble. A este respecto Landry y Brigham (1992) han propuesto cinco criterios y Arce y Fariña (2005a) siete para considerar una declaración creíble, no obstante, comienza a quedar patente que la exactitud dependerá de diferentes variables como el tipo de delito o las capacidades del evaluado (Arce y Fariña, 2005b). Asimismo, con respecto al peso que deberá recibir cada criterio, algunos autores han encontrado que ciertos criterios discriminan mejor que otros entre declaraciones verdaderas y falsas (Ruby y Brigham, 1997, 1998), proponiendo que los criterios que discriminan mejor reciban una mayor puntuación en la valoración general del CBCA. A este respecto Alonso-Quecuty (1999) estima que el peso de cada criterio se deberá determinar en función de variables tan relevantes como: el número de entrevistas por las que ha pasado el menor; la complejidad del hecho o la edad del menor y el periodo temporal que ha transcurrido desde que han acontecido los hechos hasta el momento en que se toma declaración al menor.



Aunque inicialmente el CBCA fue diseñado para estudiar las declaraciones de menores víctimas de agresiones sexuales, se ha utilizado además para analizar las declaraciones de adultos, declaraciones de personas que no habían sido víctimas, y declaraciones cuyo contenido no se vinculaba al abuso sexual. A este respecto, la evidencia empírica parece favorable. Vrij, en el año 2005 publicó una revisión de 37 estudios empíricos en lengua inglesa sobre el CBCA, en la que examinó por un lado, la fiabilidad interjueces, de la cual concluyó que era en general adecuada; por otro, la capacidad discriminativa entre testimonios falsos y verídicos, comprobando que los criterios estaban mayoritariamente en declaraciones verdaderas. Además, destacó entre los criterios de mayor poder discriminativo: la cantidad de detalles, la reproducción de conversaciones, el engranaje contextual y la elaboración inestructurada, presentando en general una pobre capacidad discriminativa los criterios motivacionales. También evidenció que si bien la edad del testigo no afecta al poder discriminativo de los criterios, si lo hace al grado de presencia de muchos de ellos y el poder discriminativo del CBCA en su conjunto. Por otro lado, referido al grado de presencia del criterio, Vrij reflejó que éste no se veía influenciado por el hecho de que el testigo hubiera presenciado en vivo o en vídeo o participado de los hechos a recordar. Además, destacar que las diferencias eran mayores en estudio de campo que en estudios de laboratorio. Finalmente, las conclusiones sobre la precisión del CBCA respecto a si discrimina correctamente entre declaraciones verdaderas y falsas obtenidas por Vrij (2005) apuntan que el CBCA identifica correctamente un 73% de las declaraciones verdaderas y un 72 % de las declaraciones falsas.

De igual manera Vrij (2005) y Vrij, Akehurst, Soukara y Bull (2002) mostraron que el CBCA se ve influenciado por una serie de variables como la edad del testigo (la declaración de un menor con respecto a la de un adulto se diferencia fundamentalmente en que en la declaración del adulto los criterios tienen una mayor presencia); el tipo de entrevista que realice el entrevistador (la idónea sería la entrevista cognitiva de Fisher y Geiselman, 1992); y determinadas variables de personalidad, tales como, la habilidad social, la automonitorización o la ansiedad social que correlacionan positivamente con las puntuaciones en el CBCA. Además, se ha demostrado que si se instruye a un sujeto en los criterios del CBCA éstos

serán capaces de contar una historia que contenga más criterios que otro que los desconozca.

No obstante, el CBCA no es la panacea y contra él se han formulado gran cantidad de críticas. Así, Sternberg, Lamb, Davies y Westcott (2001) afirmaron que la mayor parte de los entrevistadores no tienen un bagaje suficiente en la entrevista cognitiva donde el tipo de pregunta abierta es imprescindible para obtener información suficiente. Vrij (2005) apuntó que existen ciertos trastornos psicológicos que pueden mediar en la declaración del testigo y que no se recogen en el CBCA. Además, Garrido y Masip (2001) o Vrij (2005) refirieron que ciertos criterios adolecen de objetividad (p.e., el criterio referido al realismo de la historia), por lo que son cuestionables en la investigación empírica. Raskin y Esplín, (1994) apuntaron que una de las mayores limitaciones de fiabilidad que presenta el CBCA es cuando se aplica a situaciones en las que el testigo tiene información acerca de la cual puede inventar un testimonio.

Además, y esto es imprescindible, no se debe olvidar que el CBCA forma parte de un sistema de validez más amplio, el SVA, por lo que se deberán analizar no solo los criterios de credibilidad, sino también las categorías de validez. Al respecto, Gumpert y Lindbland (1999) expusieron que ciertos evaluadores obtienen sus conclusiones a la luz de lo obtenido única y exclusivamente en el CBCA. Por otro lado, si bien con el CBCA la probabilidad de acierto en la valoración del engaño y la mentira es mayor que el azar (superior a un 50%), hay un 30% de probabilidades aproximadamente de juzgar como verdaderas declaraciones falsas y como falsas declaraciones verdaderas, aspecto que limita su uso en el ámbito legal. Además, estos porcentajes se basan en cifras empíricas obtenidas en estudios de laboratorio, por lo que sería de gran interés obtener esta misma medida empírica pero de estudios de campo en los que se analicen casos reales.

Ante esta situación, la comunidad científica está dividida en cuanto al uso del CBCA en los tribunales. Vrij (2005), por ejemplo, se opuso a su utilización en el contexto jurídico, no obstante, consideró que puede ser de gran utilidad en el contexto policial. Godoy-Cervera e Higuera (2005), después de las diferentes

revisiones realizadas del CBCA, concluyeron que este instrumento puede actuar de complemento en la decisión judicial pero nunca determinarla (Santtila, Roppola, Runtti y Niemi, 2000).

### **3.1.1.3.2.3. Aplicación de las categorías de validez**

Finalmente, se aplica a los testimonios recogidos el listado de validez que se presenta a continuación y en el que se recogen las categorías a evaluar (p.e., Steller, 1989; Steller y Boychuk, 1992; Steller, Raskin, Yuille y Esplín, 1990):

a) Características psicológicas:

- Adecuación del lenguaje y conocimientos.
- Adecuación del afecto.
- Susceptibilidad a la sugestión.

b) Características de la entrevista.

- Preguntas coercitivas, sugestivas o dirigidas.
- Adecuación global de la entrevista.

c) Motivación:

- Motivos del informe.
- Contexto del informe o declaración original.
- Presiones para presentar un informe falso.

d) Cuestiones de la investigación:

- Consistencia con las leyes de la naturaleza.
- Consistencia con otras declaraciones.
- Consistencia con otras pruebas.

Una vez el evaluador haya analizado la información en base a estas cuatro categorías, deberá valorar toda la información disponible en función de cinco hipótesis planteadas por Raskin y Esplín (1991):

-La declaración es válida pero el menor ha reemplazado la identidad del agresor por una persona diferente.

- La declaración es válida, pero el menor ha sido influenciado o ha inventado información adicional que no es verídica.
- El menor ha sido manipulado por una tercera persona para que invente un testimonio falso.
- El menor ha inventado un testimonio con el objeto de conseguir un beneficio propio o de una tercera persona.
- El menor ha inventado un testimonio consecuencia de algún trastorno psicológico que padece.

La conclusión extraída tras el análisis ha de ajustarse a las siguientes categorías: *creíble*, *probablemente creíble*, *indeterminado*, *probablemente increíble* o *increíble* (Alonso-Quecuty, 1999; Steller, 1989). Además, es importante destacar que el SVA se refiere a la credibilidad del contenido de las declaraciones y no a la valoración de la credibilidad de la persona en sí (Steller y Köhnken, 1989).

Además del SRA y del SVA, Marcia Jonson y Carol Raye han desarrollado otro sistema de análisis del contenido verbal de las declaraciones. Este sistema es conocido como *Reality Monitoring*.

#### **3.1.1.3.3. *Reality Monitoring***

El *Reality Monitoring* (a partir de ahora RM) (Alonso-Quecuty, 1990; Hernández-Fernaud y Alonso-Quecuty, 1997; Sporer, 2004) fue elaborado por Marcia Jonson y Carol Raye en 1981. Según estos dos autores los recuerdos pueden tener dos orígenes. Uno externo, cuya base son los procesos perceptivos; y otro interno, basado en el razonamiento, la imaginación y/o el pensamiento. Además, propusieron cuatro tipos de información que podrían hallarse en los recuerdos: atributos contextuales (espaciales y temporales); atributos sensoriales (p.e. colores, sonidos, texturas, olores); atributos semánticos y operaciones cognitivas. Ante esta clasificación consideraron que los recuerdos referidos a la experiencia de origen externa, esto es, la percibida, tendrían un mayor porcentaje de atributos contextuales y sensoriales; y que los recuerdos de origen interno, lo

imaginado, tendría un porcentaje mayor de atributos semánticos y de operaciones cognitivas. A continuación se muestra un esquema del RM.

a) Tipos de atributos que pueden formar parte de los recuerdos.

- Contextuales.
- Sensoriales.
- Operaciones cognitivas.

b) Dimensiones que generalmente diferencian los recuerdos según su origen.

- Origen externo: más atributos contextuales (espacio-temporales) y sensoriales (p.e., sonidos, olores).
- Origen interno: más información sobre operaciones cognitivas, esto es, información idiosincrásica (p.e., yo pensé, recuerdo ver, me sentía nervioso).

Este planteamiento extrapolado al contexto del engaño contempla que la mentira es imaginada, por lo que tendrá más elementos semánticos y operaciones cognitivas. La verdad es una realidad percibida, por lo que gozará de un alto porcentaje de atributos contextuales y sensoriales. En esta línea, se han realizado diferentes investigaciones para determinar la eficacia del RM para detectar el engaño (Masip y Garrido, 2003; Masip, Sporer, Garrido y Herrero, 2005; Sporer, 2004). Éstas evidencian que las operaciones cognitivas no parecen discriminar bien entre testimonios verdaderos y falsos, sin embargo, la información contextual, espacial, temporal y el realismo parece que se presentan como criterios prometedores. En relación con los atributos sensoriales, los resultados que hay al respecto son contradictorios<sup>74</sup> (Masip y otros, 2005). Otra de las conclusiones que se han obtenido respecto al RM es que la capacidad para discriminar de los criterios es mayor cuando el testigo ha vivido los acontecimientos que está describiendo que cuando los ha meramente presenciado (Masip y otros, 2005).

---

<sup>74</sup> Garrido y otros (2006) apuntan que esto es consecuencia de las diferentes definiciones que se han aportado sobre el concepto de *atributo sensorial*.

Por otro lado Alonso-Quecuty (1995), estudió los efectos del tiempo en la obtención y evaluación del testimonio, concluyendo que la declaración debe de ser obtenida lo más inmediatamente posible a la ocurrencia de los hechos ya que si los sujetos tienen tiempo, pueden elaborar más los testimonios aportando mayor información contextual y sensorial.

Otros resultados obtenidos de la revisión del RM son que la edad (Alonso-Quecuty, 1995), la capacidad verbal y la automonitorización (Sporer, 2004) influyen en la aparición de estos criterios. Con respecto a la fiabilidad entre los evaluadores, se constata que es, en general, satisfactoria (Garrido y otros, 2006). El porcentaje de clasificaciones correctas tanto en declaraciones verídicas como falsas ha sido equivalente al obtenido por el CBCA, un 72 % (Masip y otros, 2005), por lo que la precisión media está muy por encima de la tasa promedio 54% que según estudios de meta-análisis (Aamodt y Custer, 2006; Bond y DePaulo, en prensa) alcanzan observadores no entrenados. Por otro lado, el entrenamiento en el RM produce un mayor porcentaje de aciertos en comparación con evaluadores legos (Sporer, 2004).

Con respecto al CBCA, el RM presenta algunas ventajas, ya que no precisa de un entrenamiento tan complejo y está fundamentado sobre una buena base teórica, sin embargo, al igual que el CBCA, presenta un margen de error del 30% por lo que su uso en los tribunales igualmente resulta polémico.

Las limitaciones detectadas en estos primeros instrumentos diseñados para la evaluación de la veracidad de las declaraciones llevaron a que los expertos en el campo del engaño iniciaran investigaciones con el fin de obtener protocolos de actuación con un menor margen de error. Una alternativa para ello es la construcción de un instrumento que conjugue el CBCA y el RM (Virj, 2000). Ejemplo de ello es el *Aberdeen Report Judgment Scales* elaborado por el alemán Sporer (2004). Este instrumento consta de 52 ítems y de 13 escalas y evalúa la presencia de la información en una escala tipo Likert, del 1 (poco presente) al 7 (muy presente). Una revisión realizada por Sporer, Bursch, Schreiber, Weiss, Höfer, Sievers y Köhnken (2000) del instrumento arroja que éste presenta una buena consistencia interna y la fiabilidad interjueces de las escalas es generalmente

satisfactoria, aunque se necesitarían mejoras. La precisión de discriminación de este instrumento es equivalente al CBCA y al RM, gozando de una base teórica sólida y una perspectiva integradora.

Desde otras partes del mundo también se han diseñado procedimientos basados en el análisis de contenido verbal de la declaración. Un ejemplo de ello es el aportado por el israelí Avinoam Sapir quien elaboró el *Scientific Content Analysis*, un sistema para analizar científicamente el contenido de la declaración, no obstante, a día de hoy todavía no contamos con datos acerca de su validez.

El futuro de este tipo de técnicas va tomando camino hacia la inteligencia artificial. La unión entre informáticos y psicólogos expertos en el tema del engaño ha dado como resultado un intento de informatizar la detección verbal del engaño. Ejemplo de ello es el *Linguistic Inquirí and Word Count*, elaborado por Pennebaker, Francis y Booth (2001) o el trabajo de Zhou, Burgoon, Nunamaker y Twitchell (2004) quienes intentaron desarrollar un sistema informático que pudiera analizar ciertas características lingüísticas basadas en el CBCA. No obstante, lo cierto es que a pesar de que estos sistemas pueden prometer y aportar determinados indicadores, el análisis exclusivo del lenguaje lleva a que ciertas variables, como la capacidad lingüística de cada sujeto, la influencia de la edad, el contexto o el idioma, sesguen los datos obtenidos.

En conclusión, como apuntamos en la introducción acerca del engaño y la mentira, no contamos con ningún instrumento o procedimiento que nos permita determinar con absoluta certeza si nos encontramos o no ante una declaración verídica o engañosa. Además, los métodos de detección del engaño existentes, tanto los basados en la conducta no-verbal, en la conducta verbal y en técnicas poligráficas, arrojan un amplio margen de error en el que se pueden producir fenómenos como los *falsos-negativos*, esto es, identificar como testigo verídico a un sujeto que no lo es; los *falsos-positivos* o también denominados *error de Otelo*<sup>75</sup>, que

---

<sup>75</sup> Esta denominación proviene de la tragedia de Shakespeare. Desdémona, esposa de Otelo, es falsamente acusada de adulterio con Casio, y le hace saber que éste ha sido ejecutado bajo sus órdenes. En su intento de demostrar la verdad se presenta ante su pareja en un estado de angustia y

consisten en identificar como engañosa a una persona cuando realmente está siendo sincera; o también lo que Ekman (1991) denominó como *error de idiosincrasia o riesgo de Brokaw*, fenómeno derivado de la observación de los indicadores conductuales y que consiste en identificar formas de comportarse muy particulares como indicadores de engaño, lo cual puede ser erróneo. Todo ello tiene serias repercusiones en la práctica forense.

Además, el psicólogo que trabaja en el ámbito legal no solo deberá emitir un dictamen sobre la exactitud del testimonio de un determinado testigo, sino que también, deberá evaluar la existencia de sintomatología relacionada directamente con el delito y descartar simulación, aspectos que abordaremos en los siguientes apartados.

### **3.2. El tercer elemento: la simulación**

La simulación de enfermedades es un concepto íntimamente ligado al campo de la mentira y el engaño, por lo que de igual modo está presente en la historia de la humanidad desde sus inicios. Innumerables documentos históricos dejaron constancia de ello. Así en un pasaje bíblico hallamos que David fingió una enfermedad para no caer ante el poder de un rey rival; en las leyendas de la mitología griega encontramos simulando a Ulises para no ir a la guerra; incluso en documentos de la iglesia católica descubrimos que el Papa Pío V exageró su senilidad para ser elegido como Pontífice (Bettetini, 2002).

El simulador se caracteriza por un contenido lingüístico no verídico, en el caso de que el contenido lingüístico existiera; por una intencionalidad en el acto que está efectuando; y por la ejecución de una expresión psicomotora. Etimológicamente, el Diccionario de la Real Academia Española (2001) define la *simulación* como “la alteración aparente de la causa, el índole o el objeto verdadero de un acto o contrato”. Complementariamente, define la acción de *simular* como “representar

---

temor que es interpretado erróneamente por Otelo el cual en su desesperación, convencido de que los indicios que observa se corresponden a la infidelidad, procede al asesinato de su consorte.



algo, fingiendo o imitando lo que no es”. Por tanto, podríamos deducir que la simulación necesita de una representación y/o de una ejecución, esto es, de una expresión psicomotora y plástica que le otorga un cariz más complejo que una simple mentira o engaño (Gisbert, 2005).

En el contexto médico-legal el término simulación aparece vinculado al fingimiento de enfermedad y a sus características, tanto clínicas como psicológicas. En este contexto, Minkowski definió la simulación como una decisión consciente del sujeto mantenida en el tiempo que tiene como objeto la imitación de trastornos patológicos, de manera consciente, con el objeto de engañar a alguien (tomado de Gisbert, 2005). Consecuentemente, Gisbert (2005), por su parte, destacó tres características que determinarán la simulación. Por un lado, la voluntariedad consciente del fraude, esto es, la intencionalidad; la imitación de trastornos patológicos o de sus síntomas; y la finalidad utilitaria. Evidentemente, todo ello sin que exista ninguna enfermedad orgánica o trastorno de la personalidad de base.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR (American Psychiatry Association, 2002), clasificó la simulación [V65.2] dentro del apartado *Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica* y la definió como, “la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos” (pág. 825). A su vez, se requiere de la necesidad de una motivación externa en este fingimiento, tal como obtener un beneficio económico o no cumplir una condena judicial. La simulación además puede responder a objetivos muy evidentes y podría tener también un carácter adaptativo, como puede ser el caso de un prisionero de guerra que finge una enfermedad. Además, apuntó los indicadores ante los que sospechar simulación: en el contexto médico-legal; cuando hay un alto grado de discrepancia entre los datos objetivos de la exploración médica y lo manifestado por el sujeto; cuando hay falta de cooperación en la evaluación o incumplimiento del tratamiento; y cuando el sujeto a evaluar presenta un trastorno antisocial de la personalidad. Por su parte, la CIE-9-MC (Organización Mundial de la Salud, 2008), incluyó en los *Apéndices* la categoría de *simulación de enfermedad*, definiéndola como, “un cuadro clínico en el que la característica predominante es la presentación de una enfermedad física o

psiquiátrica fingida enormemente exagerada, aparentemente bajo el control voluntario”. Además, diferenció la simulación de la enfermedad ficticia en cuanto la simulación persigue una meta determinada y la enfermedad ficticia no. La CIE-9-MC enumeró entre otras metas, evitar el servicio militar o los deberes militares, evitar el trabajo, obtener compensaciones económicas, eludir un procedimiento penal y obtener drogas.

En el ámbito forense es necesario además realizar un diagnóstico diferencial de la simulación con respecto a otros trastornos, tales como el trastorno facticio y el de conversión. La diferenciación estriba en que en el trastorno facticio el motivo es asumir el papel de enfermo y recibir tratamiento, por lo que el sujeto no es consciente de la motivación de su sintomatología y no tiene control alguno sobre la misma. Por su parte, en el trastorno de conversión, no existe intencionalidad, en tanto que en la simulación sí.

### **3.2.1. La detección de la simulación**

#### **3.2.1.1. Tipologías, sintomatología y modelos explicativos de la simulación**

Las tipologías que se han formulado de simulación y simuladores han sido innumerables, englobando tanto sintomatología de tipo físico como psicológico.

La primera clasificación de simulación fue presentada por Porot en 1921, proponiendo la siguiente tipología referida a la simulación de sintomatología de carácter mental (tomado de Gisbert, 2005):

- a) *Simulación mental total o verdadera*. El sujeto simulador es consciente de que está fingiendo un determinado trastorno con la finalidad de alcanzar unos beneficios que previamente se había propuesto.
- b) *Sobresimulación*. El sujeto sobresimulador exagera ciertas anomalías o trastornos psíquicos que verdaderamente padece.

- c) *Metasimulación*. El individuo tiene ciertos conocimientos sobre sintomatología, ya que ha padecido la enfermedad anteriormente, por lo que los utiliza con el fin de obtener determinados beneficios.

Vallejo-Nájera (1930) diferenció, en función de la personalidad del simulador, entre simuladores ocasionales y simuladores perpetuos o permanentes. Para el grupo de los simuladores permanentes estableció la siguiente tipología:

- a) *Simulador inculto*. Muy relacionado con el simulador oligofrénico. Estas personas suelen tener un nivel cognitivo, socio-cultural y de formación bajo; y una personalidad guiada por el instinto.
- b) *Simulador sugestionable*. Estos suelen ser individuos con una personalidad insegura (v. gr., personalidades psicopáticas sensitivas) que ante un estímulo estresante en el contexto en el que se desenvuelven optan por acogerse a las ventajas que conlleva la simulación de sintomatología de una enfermedad.
- c) *Simulador paranoide*. En esta categoría se encontrarían los sujetos que presentan características de personalidad paranoides y que niegan reconocer situaciones de inferioridad, reaccionando a las mismas mediante simulación de sintomatología.
- d) *Simulador histérico*. En el caso de estos simuladores resulta difícil determinar si existe o no intencionalidad en la simulación, sin embargo, se destaca una etapa en las personalidades histéricas en las que tienen control sobre la misma y simulan con el objeto de destacar en una determinada situación.
- e) *Simulador mitómano*. El mitómano tiene gusto por mentir y engañar, ya que busca la admiración y el asombro de los demás. En ésta, el simulador es más probable que haga alarde de haber padecido unos determinados síntomas, a que llegue a imitarlos.
- f) *Simulador amoral*. Dentro de esta categoría tendrían cabida las personalidades psicopáticas. Es usual que en este grupo de simuladores se incluyan aquellos que imitan un determinado

desorden psiquiátrico para eximirse de una pena privativa de libertad o un daño psíquico para obtener una indemnización económica.

- g) *Simulador emotivo*. Este tipo de simulador suele encontrarse entre los militares de guerra y, más en concreto, entre los soldados con unos rasgos de personalidad caracterizados por una alta timidez e impresionabilidad.
- h) *Simulador profesional*. Ejemplo de esta categoría serían los vagabundos que hacen de la simulación una forma de vida explotando la caridad de las personas mediante la simulación de diferentes patologías.

Otra clasificación reseñable, atendiendo a las implicaciones cognitivas de la simulación para el sujeto, fue proporcionada por Utitz en 1950 quien diferenció entre *autosimulación* y *disimulación*. La autosimulación es el proceso por el que el individuo se autoconviene de la autenticidad de sus síntomas, en tanto la disimulación consiste en el ocultamiento consciente de sintomatología con el objeto de obtener un beneficio secundario (tomado de Gisbert, 2005).

En el año 1977, Porot creó, en función de la sintomatología fingida por el simulador, una nueva clasificación diferenciando entre *simuladores pasivos*, *simuladores activos* y *simuladores absurdos*. Los primeros son aquellos que optan por la inhibición a la hora de simular, esto es, mutismo, estupor, deterioro cognitivo o neurológico. Los activos, al contrario que los primeros, simulan procesos psicomotores, tales como cojeras, o bien la sintomatología positiva de un trastorno psicótico. Y, por último, los absurdos, que combinan síntomas pertenecientes a cuadros clínicos diversos y en ocasiones incompatibles entre sí (v. gr., extraversión, esquizofrenia).

Recientemente, y desde el marco jurídico, Gisbert (2005) confeccionó tipologías de simuladores atendiendo a la finalidad de la simulación, a la naturaleza del fraude y a las motivaciones de la simulación.

1. Atendiendo a la finalidad de la simulación, las concretó en:

- a) *Simulación defensiva*. El simulador trata de evitar una sanción o una condena.
- b) *Simulación ofensiva*. El individuo que simula tiene como objeto la venganza hacia un sujeto, atribuyéndole a éste su causa.
- c) *Simulación exonerativa*. Aquella que tiene como fin eludir, principalmente entre otras obligaciones, el servicio militar.
- d) *Simulación lucrativa*. Como ejemplo de ésta señala a los mendigos, que simulan sintomatología para explotar la caridad pública.
- e) *Simulación adulatora*. Propia de los discípulos o cortesanos, que consiste en imitar los defectos o dolencias de maestros y poderosos.
- f) *Simulación ambiciosa*. Muy similar a la anterior. La diferencia está en que el objetivo de la simulación es obtener honores y beneficios.
- g) *Simulación afectiva*. Normalmente está generada por razones egoístas, aunque también puede darse debido a motivaciones altruistas y sentimentales.

2. Atendiendo a la naturaleza del fraude clínico, Gisbert (2005), diferenció entre los siguientes tipos de enfermedades simuladas:

- a) *Enfermedades provocadas*. En este tipo de enfermedades la dolencia es real, pero es causada por el mismo sujeto de manera artificial, con la intención de engañar y con finalidad utilitaria.
- b) *Enfermedad alegada*. El sujeto simulador refiere una sintomatología sin manifestaciones objetivas de la misma.
- c) *Enfermedad imitada*. Es la más frecuente y típica dentro de la simulación. En ésta, el sujeto, como un actor, simula los aspectos externos de la enfermedad o de sus síntomas.
- d) *Enfermedad exagerada*. Sería lo que también se conoce por sobresimulación, esto es, exageración de una sintomatología existente previamente a la simulación para conseguir, de este modo, mayores beneficios.

- e) *Enfermedad imputada*. En este caso la enfermedad y la sintomatología de la misma existen y no se exageran; ahora bien, se modifica el origen de la misma.
- f) *Enfermedad disimuladora*. La disimulación es lo opuesto a la simulación, esto es, la ocultación de síntomas.

3. Las motivaciones para la simulación de una determinada sintomatología, permitió a Gisbert (2005) formular una clasificación:

- a) *Rehuir obligaciones oficiales*. Ejemplo de ello sería la simulación de sintomatología con el fin de evitar comparecer ante tribunales o autoridades oficiales para prestar declaración.
- b) *Chantajes y venganzas*. Por ejemplo, la simulación de embarazos o bien automutilaciones atribuidas a terceras personas.
- c) *Explotar la caridad pública*. Dentro de esta categoría los simuladores fingen trastornos como llagas, úlceras, deformaciones, cegueras o alteraciones orgánicas de todo tipo con el fin de despertar clemencia.
- d) *Reclamar indemnizaciones*. Ejemplo de ello, podría ser la interpretación de una falsa denuncia de maltrato físico o psicológico, simulando sintomatología psiquiátrica, con el fin de obtener beneficios económicos, laborales, civiles, sociales o de vivienda.
- e) *Alegar irresponsabilidad penal*. La simulación de perturbaciones mentales, tal como una psicosis, para atenuar o incluso eximir de responsabilidad penal.
- f) *Alcanzar beneficios oficiales*. Ésta implica la exageración de un cierto déficit orgánico con el fin de obtener una facilitación a la hora de presentarse a un examen de oposición estatal.
- g) *Eximirse del servicio militar*. Esta situación era frecuente en nuestro país cuando el servicio militar era de carácter obligatorio, presuponiendo simulación de enfermedades relacionadas con la exclusión de prácticas militares que entrañaban peligrosidad.

- h) *Disimulación de enfermedades*. Un ejemplo ilustrativo sería el sujeto que oculta un cierto trastorno psíquico con el fin de evitar ser recluido en un centro psiquiátrico.

Gisbert (2005), en función de la intencionalidad del simulador clasificó la simulación en:

- a) *Simulación total y verdadera*. El sujeto es plenamente responsable y consciente de la simulación. Ésta también se refiere como: *fake bad, faking bad, malingering, feigning* o  *fingimiento negativo* (Jiménez y Sánchez, 2003).
- b) *Sobresimulación*. Existe una patología de base, que es exagerada por el simulador.
- c) *Metasimulación*. Ésta consiste en la perseveración de un cuadro clínico que ya ha remitido.
- d) *Disimulación*. Ésta se relaciona con la ocultación de sintomatología con el fin de obtener un alta médica o con la obtención de un fin en el contexto jurídico. Otras denominaciones son: *fake good, faking good* o *fingimiento positivo* (Jiménez y Sánchez, 2003).

Por otro lado, conocer las características de los simuladores puede resultar muy útil para facilitar la evaluación forense. En esta línea, Aldea (1994), a partir de una revisión de la literatura ha recopilado los rasgos que se observan más frecuentemente entre los simuladores, resultando el siguiente perfil del simulador:

- a) La simulación es más frecuente en hombres que en mujeres.
- b) El simulador suele pertenecer a un nivel sociocultural bajo.
- c) La adaptación social del simulador generalmente suele ser oportunista y cambiante.

- d) Los ingresos hospitalarios del simulador se caracterizan por ser escasos y de baja duración. En ocasiones, pueden poner en peligro su vida al intentar simular una enfermedad grave.
- e) La mayor parte de los simuladores rechazan las evaluaciones y terapias psicológicas y psiquiátricas, lo que dificulta enormemente el conocimiento de la base psicopatológica subyacente.
- f) La génesis de la perturbación es siempre consciente.
- g) El control de la sintomatología es siempre voluntario.
- h) La simulación persigue la consecución de una indemnización o algún tipo de beneficio secundario.

Resnick (1995), con respecto a la evaluación en el ámbito legal, hace las siguientes recomendaciones:

- a) El profesional debe acceder a información colateral: atestado policial, declaraciones de los testigos y entrevistas con miembros de la familia.
- b) El evaluador debe conocer del sujeto a evaluar los antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos; los antecedentes penales y de interposición de demandas o denuncias anteriores en los juzgados; y la historia clínica detallada efectuada por el médico.
- c) El perito no debe aportar ninguna pista al evaluado sobre su impresión de veracidad o de falsedad del contenido de la entrevista.
- d) El perito debe tener una amplia experiencia en la detección de simulación; estudiar detenidamente la relación entre la sintomatología y el estresor; el tiempo transcurrido desde el acontecimiento y la aparición de los síntomas; la existencia de antecedentes psiquiátricos previos; y estudio del deterioro funcional actual.

Por último, presenta un listado de criterios cuya presencia haría sospechar simulación al perito:



- a) Antecedentes laborales negativos.
- b) Lesiones incapacitantes previas.
- c) Discrepancias en las capacidades para el trabajo y las actividades lúdicas.
- d) Pesadillas que son siempre iguales.
- e) Rasgos antisociales de personalidad.
- f) Funcionamiento anterior al trauma sobreidealizado.
- g) Respuestas evasivas.
- h) Inconsistencia en la presentación de síntomas.

En cuanto a la sintomatología de la simulación, Gisbert (2005) destacó que son muchos los síndromes y procesos patológicos que un sujeto puede llegar a simular, agrupándolos en cuatro categorías:

- a) *Alegación de síntomas*. En este caso no existe manifestación externa de síntomas. El sujeto simulador se restringe a dar una descripción subjetiva sobre los mismos.
- b) *Simulación propiamente dicha*. En ésta se observa una manifestación externa de la sintomatología, como puede ser lentitud cognitiva cuando se realiza la evaluación.
- c) *Imitación*. El sujeto recurre a aparatos externos y productos químicos.
- d) *Provocación de sintomatología*. Mediante este procedimiento el sujeto simulador tratará de provocarse una determinada sintomatología y modificará el origen de la misma.

Sobre los modelos explicativos de la simulación, Rogers (1990, 1997a), destaca tres procedimientos comportamentales del simulador. En primer lugar, el *modelo patógeno*. Éste considera al simulador como un enfermo cuya

correspondencia en el DSM-IV-TR sería un Trastorno Facticio. En segundo lugar, refiere el *modelo criminalizador*. Esta perspectiva, sustentada por el contexto médico legal y por la American Psychiatric Association (APA), defiende una imagen peyorativa del simulador basado en el sujeto con un Trastorno Antisocial de la Personalidad que decide no colaborar con la evaluación forense y fingir enfermedad. En tercer lugar, el *modelo adaptativo* que concibe al simulador como una persona que ante una determinada situación, en la que puede obtener un beneficio secundario o bien perder una serie de intereses, decide simular una enfermedad. Desde esta perspectiva se entiende que un sujeto que esté en un contexto como el judicial, el policial o el carcelario simulará en mayor medida que otro que sea evaluado en un contexto menos adverso, como una consulta clínica o un centro educativo. Berry y Butcher (1998) refieren que el modelo adaptativo entiende que las quejas postraumáticas pueden sustentarse en la obtención de una compensación económica<sup>76</sup>. En línea con esta propuesta, Putnam y Millis (1994) han ampliado este modelo enfatizando el papel desempeñado por los factores sociales en el desarrollo y mantenimiento de sintomatología clínica consecuencia de una lesión cerebral.

En suma, en el análisis de la simulación, y sobre todo en el ámbito legal, el evaluador debe tener en mente todas las modalidades de simulación, de simuladores, su perfil, así como la motivación y los objetivos a alcanzar.

### **3.2.1.2. Evaluación clínico-forense vs. Evaluación clínico-sanitaria**

El psicólogo forense, al igual que el psicólogo clínico, evalúa y diagnostica, pero, deberá interpretar los datos a los ojos del contexto legal y defenderlos ante un tribunal. Por ello, el profesional forense ha de contar con formación en psicopatología, en evaluación diagnóstica y en los ámbitos legales con los que esté relacionada su actuación. Además, por tratarse del contexto médico-legal, tal como se advierte en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), ha de sospechar simulación. De esto cabe señalar dos aspectos fundamentales. La interpretación de los resultados psicológicos en un contexto legal, y por otro, la

---

<sup>76</sup> Berry y Butcher (1998) han estudiado casos de lesionados cerebrales involucrados en un accidente o en una negligencia médica que han mantenido la sintomatología emocional pasajera por considerar *de justicia* la compensación económica de su sufrimiento.

sospecha de simulación. Estas dos características, sin duda alguna, establecerán la diferencia fundamental entre la evaluación clínica y la forense. De ello se deduce, y así queda recogido en la praxis legal, que el psicólogo forense puede ser clínico, pero no tiene porqué. De hecho, tal como defiende Arce (2007), si bien es cierto que el perito psicológico evalúa y diagnostica, esta actuación no se equipara a la realizada por un psicólogo clínico-sanitario ya que sus objetivos son diferentes.

Tomaremos como ejemplo para ilustrar la diferencia entre la evaluación clínico-forense y clínico-sanitaria, la evaluación y diagnóstico de una víctima de malos tratos, aspecto directamente relacionado con el objeto de estudio de nuestro trabajo. En este caso, la evaluación clínico-forense está encaminada a evaluar si dicha víctima presenta lesiones o secuelas psíquicas propias de un delito como el que denuncia. En otras palabras, el psicólogo forense deberá informar si la víctima presenta daño psicológico, y, de ser el caso, deberá verificar una relación directa y unívoca de este daño y los hechos denunciados. Si bien es cierto, que como consecuencia de haber experimentado una vivencia de malos tratos caben diferentes diagnósticos como hipocondriasis, histeria, depresión, ansiedad, inadaptación social, trastorno adaptativo, distimia y otros, el TEP, como hemos expuesto anteriormente, es el que se ha identificado en el contexto forense como secuela de la victimación de delitos (O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder, Shalev, 2006 Young, Kane y Nicholson, 2007), y, además, permite establecer una relación causa-efecto con el delito. De hecho, el TEP, tal como explicamos, aparece vinculado a situaciones altamente estresantes de carácter traumático como son las agresiones sexuales tales como agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 1995), desastres naturales (Hodgkinson, Joseph, Yule y Williams, 1995), guerras (Albuquerque, 1992), secuestros, tortura, accidentes (Blanchard, Hickling, Taylor y Loos, 1996; Blanchard y Hickling, 2004; Bryant y Harvey, 1995; Taylor y Koch, 1995) o violencia de género (Echeburúa y Corral, 2003; Niehoff, 2000).

A su vez, en la evaluación clínico-forense se ha de sospechar simulación de sintomatología, ya que como se recoge en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), el contexto medico-legal motiva la simulación por la posibilidad de obtener un beneficio secundario. De este modo, en el marco del sistema legal vigente, una falsa víctima de violencia de género puede encontrar motivación hacia la simulación ante la consecución de un abanico de prestaciones (v. gr., ayudas económicas, sociales, laborales, de vivienda, judiciales) diseñadas para dar cobertura integral a la víctimas reales de malos tratos. Este tipo potencial de actuación engañosa, de no ser detectada, dará lugar a otro tipo de víctimas (p.e., directamente, el denunciado; e indirectamente, si los hubiera, los hijos menores de la pareja, ya que deberían acatar las medidas restrictivas que el juzgador tomara en relación al régimen de visitas).

Por su parte, la evaluación clínico-sanitaria guarda unos objetivos muy diferentes a los forenses. Efectivamente, el clínico, al igual que el perito, evalúa y diagnostica, pero, el objetivo último de su intervención está orientado a sanar al paciente<sup>77</sup> (Vallejo, 2006). Por ello, resulta baladí que el clínico establezca una relación causal entre la sintomatología y el hecho delictivo en sí. Así, de todas las hipótesis diagnósticas descritas con anterioridad (p. e., depresión, ansiedad, distimia), el psicólogo clínico tomará como diagnóstico primario aquel que sea más relevante para su intervención, independientemente de que esté o no relacionado con el hecho delictivo (Arce, 2007). De este modo, incluso cuando el clínico observe, siguiendo con el ejemplo de la víctima de malos tratos, sintomatología que se corresponda con el TEP, puede considerar más relevante para su intervención la asociada con otro trastorno, tipificando la sintomatología traumática de secundaria o comórbida.

Además, en la evaluación clínico-sanitaria resulta absurdo sospechar simulación. De hecho, esta situación en la práctica clínica ordinaria no es considerada por el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). En esta línea, Rogers (1997a) no halló, tras revisar los diagnósticos clínicos que sirven de base para la confección del DSM, diagnóstico clínico-sanitario alguno de simulación.

---

<sup>77</sup> En la evaluación forense no estaríamos ante pacientes sino ante usuarios.

Tal como afirma Arce (2007) a este respecto, el diagnóstico de simulación en el contexto clínico carece de interés ya que es contrario a la práctica clínica. Así, la asunción de un rol clínico-sanitario implica que el psicólogo asuma que una víctima de malos tratos acude a él porque se siente enferma y confía en que el profesional, con su intervención, la sanará. Por ello, el clínico no somete a juicio lo que el paciente manifiesta, por lo que el diagnóstico de simulación resulta paradójico.

Esta distinción entre la evaluación clínico-sanitaria y clínico-forense evidencia que la realidad diagnóstica y de evaluación en ambas áreas no es equiparable y responde a diferentes demandas. De hecho, esto tendrá una repercusión directa en la forma de intervención; el tipo de instrumentos y protocolos a utilizar; y en la interpretación de los resultados obtenidos por los profesionales clínicos y los forenses (Arce, 2007).

### **3.2.1.3. Pautas en la actuación del psicólogo-forense: evaluación, instrumentos y protocolos para la detección de simulación en el contexto legal**

En el ámbito forense resulta de vital relevancia controlar la posibilidad de simulación de sintomatología. De entrada, antes de proceder al examen clínico-forense, se recomienda que el evaluador tenga acceso al procedimiento del caso donde pueden estar recogidos otros informes de interés para la evaluación que le aporten datos de contraste. También es recomendable, que el profesional se entreviste con miembros de la familia o con testigos del delito denunciado para obtener información relevante sobre éste. Además, es importante que el tiempo que transcurra desde la comisión del delito hasta la evaluación clínico-forense sea lo más breve posible, con el objeto de disminuir la probabilidad de que el sujeto construya una historia falsa (Resnick, 1995, 1997a).

Gisbert (1991) señaló que, para llevar a cabo una correcta evaluación en el ámbito legal, se debe de proceder con el sujeto como si se tratara de un auténtico enfermo, estudiando su estado mental y considerando las circunstancias que rodean al individuo, con el objeto de saber si existe una motivación en su conducta. Adicionalmente, durante la entrevista realizada por el evaluador, no se debe

interrumpir el discurso del sujeto a evaluar (Resnick, 1997b) ni tampoco, por muy fantástico que sea el contenido del mismo, se deben mostrar expresiones de irritabilidad o incredulidad. El perito psicólogo forense ha de sospechar especialmente engaño cuando un sujeto con cierto cuadro sintomático no presente antecedentes familiares, personales, ni lesiones, enfermedades o intoxicaciones, relacionadas con éste. De facto, frecuentemente, un simulador en el ámbito forense acostumbra a hacer coincidir el inicio del curso de su sintomatología con el periodo en el va a ser evaluado por el profesional forense para determinar el origen del trastorno (Gisbert, 2005; Urra, 2002).

Otra característica que el evaluador debe tener en cuenta es el modo en el que aparecen los síntomas. La manifestación de éstos de manera brusca es indicador de simulación, ya que lo normal es que el cuadro clínico aparezca de manera gradual. En la simulación, también es frecuente la aparición de síntomas clínicos impropios de un determinado trastorno, o bien la ausencia de otros relevantes; la no adherencia al tratamiento; y cambios manifiestos cuando el sujeto simulador piensa que no se le está vigilando. Por esta razón, es revelador estudiar la comunicación gestual (v. gr., no es sencillo simular la desconexión visual de un depresivo, siendo habitual que el simulador mire a escondidas el efecto de su actuación en el evaluador), la expresión verbal (i. e., en el caso de un psicótico, por ejemplo, sería preciso diferenciar el lenguaje incoherente que en ocasiones presenta, de la jerga artificiosa del simulador), los movimientos (v. gr., la hiperquinesia característica de los maníacos que en ocasiones es interpretada por los simuladores como una combinación de movimientos extraños) o los indicadores somáticos (p. e., no resulta sencillo simular la taquicardia o la disnea de los ansiosos) (Urra, 2002).

En los casos en los que sospeche simulación es muy apropiado proceder con una observación y registro conductual continuado, y, a poder ser, en contextos diferentes. Asimismo, puede resultar esclarecedor el contraste de pruebas clínicas anteriores a la evaluación, en el caso de que éstas existan, tales como informes psiquiátricos, psicológicos, psicosociales u otra información relevante para determinar un diagnóstico apropiado. También es preciso tener en cuenta que, en

ocasiones, la simulación prolongada de una determinada patología psiquiátrica da lugar a la aparición real de la misma (p.e., neurosis del deseo). En estas situaciones normalmente la remisión del trastorno coincide con el fin de la situación que lo motiva.

Ante esta tesitura se han desarrollado protocolos que dan cabida al diagnóstico y al estudio de la simulación. En concreto, Slocker (tomado de Gisbert, 2005) destaca cuatro tipos de procedimientos a la hora de detectar simulación: *procedimientos morales*, en los que el profesional forense trata que el simulador desista de su empeño de engañar aludiendo a razones de responsabilidad y compromiso con la sociedad; los *procedimientos de sorpresa*, que consisten en que el evaluador intenta atrapar al simulador en un desliz, cuando éste distraído cree no estar siendo evaluado; *medios coercitivos*, como el aislamiento, restricciones en la dieta o el uso de procedimientos que incluyan dolor; y, por último, los *métodos peligrosos*, tales como el hipnotismo, la anestesia o el narcoanálisis. Resulta obvio que los dos últimos procedimientos no son admisibles legal ni éticamente.

Como ya hemos comentado, el DSM-IV-TR destaca que en determinados contextos se debe sospechar simulación: en el médico-legal; en situaciones en las que no se da una correspondencia entre los datos objetivos de la exploración y lo referenciado por un sujeto con respecto a su estado; ante la falta de colaboración durante la evaluación e incumplimiento del régimen de tratamiento preescrito; y ante la presentación de un trastorno antisocial de la personalidad. En esta línea, Yudofsky (tomado de Gisbert, 2005), relaciona unos supuestos ante los que cabría plantearse la posibilidad de simulación:

- a) Cuando los datos de la historia y exploración no son coincidentes.
- b) Cuando la descripción de los síntomas es vaga y errática.
- c) Cuando el sujeto a evaluar dramatiza en exceso su descripción de sintomatología.
- d) Cuando se resiste a un pronóstico de mejora de su cuadro sintomático.
- e) Ante un análisis toxicológico positivo.
- f) Cuando haya evidencias de una manipulación de historias clínicas u otros registros.

- g) Cuando exista la posibilidad real de que se beneficie de una indemnización o prestación.
- h) Cuando la patología que dice tener le permita evitar actividades o situaciones desagradables o eximir responsabilidades penales.
- i) Cuando presenta una personalidad antisocial.

En esta línea, Arce (2007) apuntó que en la práctica forense se utilizan los mismos tipos de instrumentos que en la sanitaria: la observación y el registro conductual; los instrumentos psicométricos y las entrevistas; pero la práctica e interpretación es diferente en el contexto legal. Así, con la *observación y registro conductual*, que es un proceso continuo durante toda la evaluación, el forense además de registrar toda la sintomatología que el sujeto no pueda informar (p. e., rigidez conductual, ideas delirantes) como también es propio de la práctica sanitaria, presta además atención a la discrepancia entre lo manifestado y observado (p. e., en un caso de malos tratos, la denunciante puede informar al perito que le tiene mucho miedo al supuesto agresor y que no lo puede ver ya que le tiene pánico, sin embargo, al mismo tiempo se constata que la persona a evaluar acude regularmente a casa de éste) (Arce, 2007).

Con respecto a los *instrumentos psicométricos*, Arce (2007) estipuló que éstos han de cumplir cuatro requisitos para ser aplicados en la práctica forense. Primero, los cuestionarios utilizados deberán proporcionar una medida directa o indirecta del TEP. Segundo, han de ser fiables, esto es, deberán permitir la replicabilidad de los resultados por otros peritos. Tercero, han de incluir validez de las respuestas del sujeto. Cuarto, no deberán estar dirigidos exclusivamente a la evaluación de poblaciones psiquiátricas, ya que las personas a evaluar por el perito psicólogo pueden estar mentalmente sanas.

En esta línea, Heilbrun (1992), estableció las pautas para elegir una técnica adecuada, entre las psicométricas, para evaluar en el ámbito judicial. Primera, el manual del test debe recoger todos los componentes explicativos de su aplicación, esto es, la descripción del cuestionario, las propiedades psicométricas, la baremación y los procedimientos de administración y corrección. Segunda, el test



debe estar adaptado y baremado para la población a la que se va aplicar. Tercera, el instrumento debe poder ser aplicado en el ámbito judicial; cuarta, su uso debe estar justificado, esto es, debe ser idóneo para medir lo solicitado por el juzgador. Quinta, el test deberá tener un cierto reconocimiento en la literatura científica. Sexta, la prueba deberá tener índices que detecten el estilo de respuesta del sujeto. Séptima, el cuestionario deberá tener un coeficiente de fiabilidad superior a un 0.80.

Como consecuencia de todo ello, el abanico de instrumentos clínicos a aplicar en el ámbito forense se reduce notablemente, coincidiendo diferentes autores en señalar al MMPI-2 como el instrumento de referencia (Ackerman y Ackerman, 1997; Bucher y Miller, 1999; Gudjonsson, 1996). A pesar de ello, dado que el MMPI-2 es un instrumento que requiere de un mínimo de destrezas cognitivas y, además, es muy largo de cumplimentar<sup>78</sup>, en su defecto el perito-psicólogo dispone de otros instrumentos psicométricos como el SCL-90-R (Degoratis, 2002). Dicho instrumento cumple todos los requisitos descritos y además Arce (2007) contrastó su eficacia forense y lo recomendó en casos de dificultades de cumplimentación de cuestionarios o de déficit cognitivo del sujeto. También lo recomendó como complementario del MMPI-2.

Por otro lado, si bien es cierto que los cuestionarios aportan una primera impresión diagnóstica sobre el sujeto a evaluar, Arce (2007) advirtió que los instrumentos psicométricos por sí solos no resultan suficientes para realizar una evaluación forense eficaz, alegando para ello cuatro razones:

- a) Aportan de la persona a evaluar una impresión diagnóstica, no un diagnóstico.
- b) No hacen una clasificación correcta de todos los simuladores (v. gr., Bagby, Buis y Nicholson, 1995).
- c) Existen hipótesis alternativas al diagnóstico de simulación (p.e., Graham, 1992; Roig-Fusté, 1993).

---

<sup>78</sup> Está formado por 567 ítems.

d) La tarea de cumplimentar un cuestionario facilita la simulación (Arce, Carballal, Fariña y Seijo, 2004; Arce y Fariña, 2002; Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006).

Ante esta circunstancia, para la evaluación en el ámbito legal es necesario que los psicólogos forenses, además de hacer uso de la observación, del registro conductual y de instrumentos psicométricos, conduzcan entrevistas de corte clínico válidas para el contexto legal, aspecto que no resulta sencillo ya que la gran mayoría de las entrevistas clínicas no cumplen este requisito. Para subsanar este déficit, Rogers (1997a) apuntó tres medidas a tener en cuenta. Primera, añadir a la entrevista clínica tradicional medidas estandarizadas de simulación, como instrumentos de exploración o inventarios multiescala. Segunda, la obtención de la información por otra fuente adicional, por lo que considera necesario introducir preguntas de carácter clínico en la entrevista tradicional. Tercera, plantearse qué motivaciones o incentivos externos puede tener el sujeto evaluado para simular. Con estas premisas en mente, Rogers (1997a) creó una entrevista estructurada con control de simulación alternativa a la tradicional, la *Structured Interview of Reported Symptoms* (a partir de ahora SIRS). Además, aportó una idea clave para la intervención en el ámbito forense: el control de la simulación no debe hacerse atendiendo a una sola medida, sino que es necesaria la evaluación multimétodo que integre la observación y registro conductual, las entrevistas, los test psicológicos y la información obtenida por fuentes adyacentes. No obstante, a pesar de que la SIRS supone una mejora con respecto a las entrevistas clínicas tradicionales, tampoco resulta una entrevista apropiada para el ámbito forense ya que su carácter estructurado facilita el reconocimiento de sintomatología y favorece la simulación<sup>79</sup>. Ante esta tesitura, Arce y Fariña (2001) han elaborado la *Entrevista clínico-forense*, una entrevista clínica en formato de discurso libre que inhibe la tarea de reconocimiento de síntomas en beneficio de otra de conocimiento de síntomas.

---

<sup>79</sup> Este tipo de procedimientos facilitan una tarea de reconocimiento de síntomas (Arce, 2007) (p.e. mediante la pregunta *¿tiene usted recuerdos desagradables o recurrentes?*, al sujeto se le facilita la simulación ya que sólo tiene que reconocer si los recuerdos desagradables o recurrentes forman parte del cuadro clínico que pretende simular).

A continuación realizaremos una descripción pormenorizada de los principales instrumentos de evaluación utilizados en el contexto clínico-forense. En primer lugar, el MMPI-2, por ser el instrumento de referencia en la práctica forense dentro de los de corte psicométrico (Butcher y Miller, 1999); en segundo lugar, las entrevistas, entre las que destacamos la SIRS y la Entrevista Clínica-Forense de Arce y Fariña (2001); y, por último, los protocolos de intervención forense de corte multiinstrumental donde se combinan la observación y el registro conductual, los instrumentos psicométricos y las entrevistas: Protocolo de evaluación forense de huella psíquica de Arce y Fariña (2007a) y el SEG de Arce y Fariña (2007b).

### **3.2.1.3.1. El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota: MMPI-2**

Los antecedentes del MMPI los encontramos en el *Personal Data Sheet* de Woodworth instrumento elaborado en los Estados Unidos en 1920 para detectar alteraciones psicológicas en los voluntarios del servicio militar durante la I Guerra Mundial. Posteriormente, el psicólogo clínico Hathaway, tras cursar ingeniería en la Universidad de Ohio e interesarse por múltiples áreas de conocimiento como la electrónica, los idiomas, las matemáticas, la estadística, la fisiología, la neuroanatomía y la filosofía, acabó, en 1930, por realizar el doctorado en el ámbito de la Psicología en la Universidad de Minnesota. Allí, conoció al doctor McKinley, neuropsiquiatra de reconocido prestigio, con el que comenzó a colaborar en temas relacionados con el diagnóstico y el estudio de la personalidad. Pronto, Hathaway se percató de que los instrumentos disponibles para ello, como podía ser el Rorschach, resultaban improductivos por su alto subjetivismo, por lo que le propuso a McKinley elaborar un nuevo cuestionario que fuera complemento de la entrevista clínica convencional, al tiempo que aportara información objetiva sobre la personalidad y la actitud del sujeto ante el test (Roig-Fusté, 1993).

Como fruto de esta línea de investigación, Hathaway y McKinley publicaron en el año 1942 una primera versión de un cuestionario al que denominaron Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), cuya acogida en Estados Unidos fue enorme, traducándose a otras lenguas y extendiéndose su uso a lo largo del mundo. Debido a que el MMPI incluía escalas que proporcionan

información sobre los estilos de respuesta al test, su uso se fue ampliando desde el ámbito original de evaluación, a otros contextos como la selección de personal, la admisión en programas académicos o la instrucción militar. Posteriormente, en respuesta al cambio cultural y los avances en la investigación, un equipo de la Universidad de Minnesota liderado por Butcher, realizó una revisión de este primer instrumento publicando una nueva versión del MMPI, denominada MMPI-2<sup>80</sup> (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) y una versión adaptada a población adolescente, el MMPI-A (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath y Kaemmer, 1992).

El MMPI-2 es un test estandarizado<sup>81</sup>, baremado<sup>82</sup> y elaborado para evaluar diferentes rasgos de personalidad<sup>83</sup> y sintomatología psicopatológica a través de tres tipos de escalas: básicas, de contenido y suplementarias. Adicionalmente, estudia la actitud del evaluado ante la prueba. A este respecto, Rogers (1997a) afirmó que el MMPI-2 es el instrumento multiescalar de amplio espectro<sup>84</sup> mejor validado más eficaz en la exploración de estilos de respuesta aleatorios, de simulación y de disimulación de psicopatología<sup>85</sup>.

Asimismo, el MMPI-2 es el instrumento psicométrico más utilizado para la evaluación de alteraciones psicopatológicas en el ámbito clínico en general (p.e., Lubin, Larsen y Matarazzo, 1984; Piotrowski, 1998) y en el contexto forense en particular (v. gr., Bartol y Bartol, 2004; Boccaccini y Brodsky, 1999; Borum y Grisso, 1995; Lees-Haley, 1992b). Abundando más, el MMPI-2 es la segunda técnica, después de las pruebas de inteligencia de Wechsler, más empleada en la evaluación

---

<sup>80</sup> Instrumento psicométrico de referencia en el ámbito forense y utilizado en nuestra investigación.

<sup>81</sup> Se comparan diferentes grupos clínicos con un grupo control tipificado como normativo.

<sup>82</sup> Está baremado con población española por sexo, edad y tipo de población.

<sup>83</sup> El MMPI-2 evalúa *rasgos* de personalidad no *estados* de personalidad. La diferencia entre ambos estriba en que los primeros son relativamente estables y duraderos y los segundos dependen de un momento determinado (Jiménez y Sánchez, 2003).

<sup>84</sup> Esto es, que evalúa diferentes características de personalidad a partir de una sola aplicación.

<sup>85</sup> En la evaluación psicopatológica Baer, Rinaldo y Berry (2003) enumeran tres posibles tipos de respuestas distorsionadas: respuestas de simulación (*Faking bad* o *malingering*); respuestas de disimulación (*faking good*) y respuestas aleatorias o aquiescentes cuando el sujeto responde independientemente del contenido de los ítems.

forense (Lees-Haley, Smith, Williams y Dunn, 1996). La versatilidad forense del MMPI-2 ha llevado a que se maneje para evaluaciones de la responsabilidad criminal; la determinación de la guardia y custodia de los hijos; la incapacidad; el daño de las funciones cerebrales; la evaluación de la adicción de sustancias como alcohol y drogas; las medidas correccionales, las evaluaciones de riesgo o las evaluaciones de daños o secuelas psicológicas. En esta línea, multitud de investigaciones y estudios clínicos del MMPI-2 avalan su garantía científica como prueba psicológica (véanse las revisiones de Graham, 2006; Jiménez y Sánchez, 2003), quedando demostrada la elevada estabilidad temporal de las escalas clínicas<sup>86</sup> y su validez convergente (Nichols, 2002).

El MMPI-2, que puede aplicarse individual o colectivamente, debe de ser administrado por un profesional con titulación en evaluación psicológica, con conocimientos en psicopatología y psicometría. En su versión completa, consta de 567 ítems (de forma excepcional se puede aplicar su versión abreviada de 370 ítems), con un formato de respuesta de verdadero-falso, requiriéndose, según los autores, de un nivel de comprensión de 2º de ESO para su cumplimentación. La versión de adultos del MMPI-2 está diseñada para ser administrada a sujetos entre 18 y 65 años, en un tiempo aproximado, en condiciones de normalidad, de una a dos horas. Como resultado, proporciona puntuaciones objetivas<sup>87</sup>, y contando con baremos adaptados a la población española (TEA, 1999). La corrección puede ser manual o por ordenador<sup>88</sup>.

Las escalas del MMPI-2 son de construcción empírica, esto es, se eligieron, para cada una de ellas, los ítems que mejor discriminaban entre un grupo de sujetos

---

<sup>86</sup> Lo que quiere decir que refleja adecuadamente la continuidad o el cambio de personalidad del sujeto a través del tiempo, aspecto relevante en el contexto legal.

<sup>87</sup> Las puntuaciones directas obtenidas para cada escala, deberán ser convertidas en puntuaciones T que consisten en la transformación de la puntuación directa a una escala de medida con una puntuación media de 50 y una desviación típica de 10. Véase el *Manual* del MMPI-2 (Hathaway y Mckinley, 1999) para conocer pormenorizadamente las interpretaciones de cada una de las puntuaciones en las escalas.

<sup>88</sup> La corrección por ordenador resulta ventajosa ya que garantiza principalmente la objetividad de los datos, la fiabilidad, la objetividad del perfil elaborado y la inhibición del efecto *halo* (Jiménez y Sánchez, 2003).

que habían sido diagnosticados de algún trastorno de personalidad de otro tipificado como normativo. El MMPI-2 presenta una gran cantidad de escalas: 4 escalas de validez, 3 escalas de validez adicionales, 10 escalas clínicas básicas con 31 subescalas específicas, y más de 200 adicionales (de contenido y suplementarias)<sup>89</sup>. En la Tabla 3 se recogen las más relevantes.

<b>RESUMEN DE LAS ESCALAS DEL MMPI-2</b>	
Escalas de validez	-Escalas de Interrogantes (?) -Escala L (Lie) -Escala F (Frequency) -Escala K (Factor de corrección)
Indicadores adicionales de validez	-Escala Fb (F posterior) -Escala TRIN -Escala VRIN
Configuraciones de escalas	-Índice de Gough -Perfil "V" invertida
Escalas clínicas básicas	-Hs=Hipocondría -D=Depresión (Subescalas <sup>90</sup> : D1. Depresión subjetiva; D2. Retardo psicomotor; D3. Disfunción física; D4. enlentecimiento mental; D5. Rumiación) -Hs=Histeria (Subescalas: Hy1. Negación de ansiedad social; Hy2. Necesidad de afecto; Hy3. Lásitud-malestar; Hy4. Quejas somáticas; Hy5. Inhibición de la agresión) -Pd=Desviación Psicopática (Subescalas: Pd1. Discordia familiar; Pd2. Problemas con la autoridad; Pd3. Frialdad social; Pd4. Alienación social; Pd5. Autoalienación) -MF=Masculinidad-Feminidad -Pa=Paranoia (Subescalas: Pa1. Ideas persecutorias; Pa2. Hipersensibilidad; Pa3. Ingenuidad) -Pt=Psicastenia -Sc=Esquizofrenia (Subescalas: Sc1. Alienación social; Sc2. Alienación emocional; Sc3. Ausencia control del yo, cognitivo; Sc4. Ausencia control del yo, conativo; Sc5. ausencia control del yo, inhibición defectuosa; Sc6. Experiencias sensoriales extrañas) -Ma=Hipomanía (Subescalas: Ma1. Amoralidad; Ma2.

<sup>89</sup> Muchas de las escalas suplementarias están en proceso experimental y todavía carecen de validez y fiabilidad constatadas (Roig-Fusté, 1993).

	Aceleración psicomotriz; Ma3. Imperturbabilidad; Ma4. Autoenvanecimiento)
Escalas de contenido	ANX=Ansiedad OBS=Obsesividad ANG=Hostilidad HEA=Preocupación por la salud ASP=Conductas antisociales LSE=Baja autoestima FAM=Problemas familiares TRT=Indicadores negativos de tratamiento FRS=Miedos DEP=Depresión BIZ=Pensamiento extravagante TPA=Comportamiento Tipo A SOD=Malestar Social WRK=Interferencia Laboral CYN=Cinismo
Escalas suplementarias	A=Ansiedad MAC-R=Escala Revisada de Alcoholismo de MacAndrew Re=Responsabilidad social GF=Rol de género femenino MDS=Malestar matrimonial R=Represión O-H=Hostilidad excesivamente controlada MT=Inadaptación universitaria PK y PS=Escala de estrés postraumático APS=Escala de potencia agresión Es=Fuerza del Yo Do=Dominancia GM=Rol de género masculino AAS=Escala de reconocimiento de la adicción

Tabla 3. Escalas más relevantes del MMPI-2.

<sup>90</sup> Estas subescalas asociadas a las escalas clínicas básicas reciben el nombre *subescalas de Harris-Lingoes*.

Para la interpretación de las escalas clínicas en función de la información aportada por las escalas de validez (esto es, si las respuestas son sinceras, o bien si son simuladas, disimuladas o aleatorias) es de gran relevancia que el profesional tenga en cuenta, además del perfil obtenido a través del test, la historia del sujeto a evaluar; su contexto socio-cultural, familiar, educativo, laboral, forense y sexual; la existencia o no de antecedentes psiquiátricos o psicológicos, de consumo de drogas o alcohol y médicos; y las hipótesis alternativas a la invalidez<sup>91</sup>. Como criterio de decisión de invalidez Roig-Fusté (1993) propuso que para invalidar un protocolo se habría de constatar, por lo menos, en dos escalas de validez una puntuación T de 70 o más de 70<sup>92</sup>. A este respecto, de acuerdo con el protocolo para la evaluación del daño psicológico y el control de la simulación Arce y Fariña (2007b) apuntaron que si sólo se registra una advertencia de invalidez, ésta por sí sola no invalidaría el protocolo, habiendo de entenderse como una característica de respuesta del sujeto a evaluar.

El contenido de las escalas<sup>93</sup> más representativas del MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999; Roig-Fusté, 1993) se describe seguidamente:

a) *Escalas de validez*. Estas escalas fueron diseñadas para estudiar la actitud del sujeto ante el cuestionario. A través de estos índices el evaluador puede obtener una impresión sobre la confianza de los resultados del test, esto es, puede conocer si el sujeto ha simulado, disimulado o bien si las respuestas que ha dado al cuestionario han sido aquiescentes o aleatorias. Como hemos dicho, es imprescindible, antes de invalidar el protocolo obtenido, estudiar previamente las hipótesis alternativas a la invalidez por manipulación de las respuestas. Las escalas originales de validez del MMPI-2 son las siguientes:

---

<sup>91</sup> Algunas de las hipótesis alternativas a la simulación o disimulación son (Roig-Fusté, 1993): responder al azar o sin prestar atención, confusión del sujeto a evaluar o psicoticismo, la hoja de respuestas está mal corregida o rellenada o el sujeto a evaluar es inconformista.

<sup>92</sup> La puntuación T es una puntuación típica interpretable a nivel estadístico con la finalidad de comparar al evaluado con el grupo normativo.

<sup>93</sup> El lector puede recurrir a una lectura más exhaustiva de las escalas del MMPI-2 en el manual del propio instrumento (Hathaway y McKinley, 1999).



- *La escala interrogante* ? Este índice es un recuento de los ítems del cuestionario que el sujeto no responde, o bien, ha respondido simultáneamente como verdadero y falso. Si el número de ítems que el sujeto ha dejado sin contestar es mayor a 30, el evaluador deberá invalidar el registro obtenido. No obstante, Graham (2006) baja el criterio a 10.
- *La escala L (Lie)*. Esta escala está formada por 15 ítems cuyo contenido consta de pequeños defectos que tienen casi todas las personas. Si el evaluado los niega, estaría ofreciendo una actitud hacia el test de disimulación, esto es, mostraría una imagen de sí mismo mucho más positiva de lo que en realidad es<sup>94</sup>. Puntuaciones elevadas ( $T \geq 70$ ) en esta escala no invalidarían necesariamente el protocolo, no obstante, nos preverían de que las puntuaciones reales obtenidas en las escalas clínicas podrían ser superiores a las alcanzadas. Una puntuación inferior al promedio en la escala L ( $T < 50$ ) puede estar vinculada a una actitud de mala imagen, no obstante, no invalidaría el protocolo obtenido.
- *La escala F (Frequency)*. Este índice consta de 64 ítems que recogen contenidos insólitos, extravagantes y raros que el grupo normativo no suele responder. Existe un amplio consenso en la efectividad de la Escala F en la detección de la efectividad de estilos de respuesta que tienden a la simulación (Bury y Bagby, 2002; Butcher, 1990; Butcher y Williams, 1992; Elhai, Naifeh, Zucker, Gold, Deitsch y Frueh, 2004; Graham, 1992; Graham, Watts y Timbrook, 1991; Nicholson, Mouton, Bagby, Buis, Peterson y Buidas, 1997; Strong, Greene y Schinka, 2000). Así, una puntuación en esta escala ( $T > 70$ ) advierte de una potencial invalidez del protocolo por simulación de sintomatología. Una puntuación baja ( $T < 50$ ) en esta escala informa de un registro aceptable. Esta escala está íntimamente relacionada con la escala Fb, que complementa los resultados obtenidos en la escala F, en las escalas de contenido y suplementarias.

---

<sup>94</sup> La disimulación es un índice muy importante a tener en cuenta en las evaluaciones forenses en el contexto civil, por ejemplo, en la evaluación de custodias y régimen de visitas, donde los progenitores, por obtener ciertas ventajas con sus hijos pueden mostrar ante el evaluador una imagen de ellos mismos distorsionada en dirección a la disimulación (p.e., Arce, Fariña y Sotelo, 2007).

- *La Escala K o Factor de corrección.* Esta escala evalúa mediante 30 ítems, la actitud del sujeto ante la prueba. La obtención de puntuaciones altas ( $T > 70$ ) en este índice acompañadas de puntuaciones elevadas en la escala L podría invalidar el protocolo por disimulación; mientras que puntuaciones bajas [ $T < 50$ ; Graham, (2006) señala  $<40$ ] en la escala K son un indicio de invalidez del perfil por simulación de sintomatología.

b) *Indicadores adicionales de validez.*

- *La escala Fb (F posterior).* Esta escala fue elaborada siguiendo el mismo *modus operandi* con el que los autores elaboraron la escala F. Está constituida por 40 ítems y complementa la información aportada por la escala F original. Una puntuación alta en esta escala es indicador de simulación de sintomatología ( $T > 70$ ).
- *La escala TRIN (inconsistencia de las respuestas verdadero).* Este índice evalúa si las respuestas del sujeto son aquiescentes (si ha respondido de manera mayoritaria *verdadero* a los ítems del cuestionario) o no-aquiescentes (tendencia indiscriminada del sujeto a contestar *falso* a los ítems del cuestionario). Una puntuación alta ( $PD > 14$ ) en esta escala podría invalidar el protocolo por aquiescencia y una puntuación baja ( $PD \leq 5$ ) informaría de no-aquiescencia.
- *La escala VRIN (inconsistencia de las respuestas variables).* Esta escala evalúa si las respuestas dadas al test por el sujeto tienden a la inconsistencia. Puntuaciones altas ( $PD > 14$ ) en la escala VRIN indicarían que el cuestionario podría haber sido respondido de manera inconsistente o aleatoria.

En la actualidad se están elaborando nuevos índices de validez muy prometedores para valorar el estilo de respuesta dado al MMPI-2. Ejemplo de ello, son los índices de Simulación de Gough (Ds-r1 y Dsr2), las escalas Obvio y Sutil de

Wiener-Harmon<sup>95</sup> o los ítems críticos, no obstante, todavía están en fase de experimentación.

c) *Configuraciones de escalas originales de validez*. Estas escalas están formadas por combinaciones siendo las más relevantes para el estudio de la simulación (Duckworth y Anderson, 1995): el Índice de Gough y el perfil en “V” invertida.

- *El Índice de Gough*. Este índice fue propuesto por Gough en 1947 con el objeto de conocer si el evaluado había falseado la prueba. Resulta de restar los valores directos o T de las escalas F y K. Si el resultado de restar estas escalas es positivo e igual o superior a 9 (en puntuaciones directas) ó  $\leq 30$  (en puntuaciones T), podríamos aseverar que el sujeto ha tratado de simular sintomatología. Si el valor de la escala es inferior a estos puntos de corte los registros son aceptables. Pero, si el sujeto obtiene en este índice un valor fuertemente negativo ( $< -15$ ) y en las escalas clínicas se cotejan valores bajos, estaríamos ante un probable intento de disimulación de sintomatología<sup>96</sup>. A pesar de que estudios recientes reflejen que el índice de Gough no es más eficaz que la escala F en la detección de simulación de sintomatología, se insiste en la necesidad de tenerlo en cuenta a la hora de estudiar el estilo de respuesta dado por el sujeto al instrumento (Bury y Bagby, 2002; Butcher, 2005; Nicholson, Mouton, Bagby, Buis, Peterson y Buigas, 1997), siendo muy utilizado en la evaluación forense para el estudio de la simulación (Ben-Porath, Graham, May, Hirschman y Zaragoza, 1995; González y Gancedo, 1999).

<sup>95</sup> Las escalas Obvio y Sutil de Wiener-Harmon y los ítems críticos no se han contemplado en la adaptación española del MMPI-2 ni en la del MMPI-A.

<sup>96</sup> En nuestro trabajo hemos considerado como punto de corte una diferencia entre F y K de 9 puntos en función de nuestros estudios con población española, no obstante, entre los diversos autores no existe consenso. La literatura científica señala que los puntos de corte recomendados para considerar la exageración de síntomas oscilan entre 6 y 27 y para la negación de síntomas entre -11 y -20 (véase Butcher y Williams, 1992; Greene, 1997; Nichols, 2002; Pope, Butcher y Seelen, 1993), siendo el más efectivo -15.

- *El perfil en “V” invertida.* Cuando el sujeto a evaluar trata de simular o de disimular un trastorno psicopatológico, se pueden obtener en el MMPI-2 perfiles atípicos resultado de la combinación de las escalas de validez que nos estarían indicando manipulación de las respuestas dadas al cuestionario. Un ejemplo de ello es el perfil en “V” invertida que se define por una F muy elevada y por una L y una K bajas ( $T < 50$ ).

d) Escalas clínicas.

- *Escala de Hipocondría (HS).* Una puntuación elevada en esta escala es propia de que la persona a evaluar podría tender a centrar su atención en las propias sensaciones corporales y mantener la creencia firme de que padece una enfermedad física grave, aún sin existir evidencia objetiva de ello.
- *Escala de Depresión (D).* Puntuaciones elevadas en esta escala reflejan que el sujeto en evaluación presenta probablemente sintomatología de carácter depresivo, tal como, apatía, pérdida de interés, negación de experiencias agradables y escasa capacidad de trabajo.
- *Escala de Histeria (Hy).* Una puntuación Hy significativa estará muy probablemente asociada a personas ingenuas y sugestionables; extrovertidas y muy superficiales en sus relaciones sociales; que pueden mostrar algunos trastornos motores o sensoriales en los que puede establecerse una base orgánica (p.e., musculares, gastrointestinales, cardíacos) y que niegan ciertos problemas de su vida.
- *Escala de Desviación Psicopática (Pd).* Puntuaciones significativas en esta escala nos refieren, muy posiblemente, un comportamiento de carácter antisocial (i. e., falta de remordimiento por la conducta asocial, necesidad de satisfacción a corto plazo, facilidad para la adicción al alcohol y otras drogas, rechazo de las normas sociales, impulsividad, inadaptación sexual). La escala Pd recoge las características que más comúnmente se han asociado a los sujetos que, aún poseyendo una inteligencia normal y ausencia de serios

problemas neuróticos y psicóticos, tienen continuamente problemas con la ley.

- *Escala de Masculinidad-Feminidad (Mf)*. Inicialmente, la escala Mf pretendía la detección de la homosexualidad masculina<sup>97</sup>. En la actualidad las puntuaciones en esta escala están muy influenciadas por las variables socioculturales, recogiendo además de aspectos sexuales, otros relativos al trabajo, a las aficiones, a los temores, a las relaciones familiares y a las actividades sociales. Los resultados merecen interpretaciones distintas para hombres y mujeres.
- *Escala de Paranoia (Pa)*. Los estados paranoides se caracterizan por delirios de referencia, influencia, grandeza o persecución y también por suspicacia. Los mecanismos de defensa utilizados por los sujetos paranoicos suelen ser la negación (p. e., niegan la persecución, la grandeza) y la proyección (i.e., desconfían que el interlocutor tiene algún tipo de mala intención con respecto a ellos), por lo que paradójicamente puntuaciones excesivamente bajas en esta escala pueden ser, igualmente que puntuaciones elevadas, sospechas de personalidad paranoide. Los sujetos paranoicos con ideas de grandeza suelen obtener puntuaciones elevadas en la escala L de validez.
- *Escala de Psicastenia (Pt)*. Esta escala se refiere directamente al trastorno obsesivo compulsivo, que recoge preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, miedos exagerados, tendencia a la intelectualización, aislamiento social y racionalización. Además, recoge cierta sintomatología relacionada con la ansiedad y estrés. Una puntuación muy elevada en esta escala suele estar asociada con puntuaciones significativas en la escala de Depresión.
- *Escala de Esquizofrenia (Sc)*. En la actualidad no existe unanimidad en torno al diagnóstico de la esquizofrenia. Normalmente, esta calificación se suele

---

<sup>97</sup> La homosexualidad fue recogida en el apartado de desviaciones sexuales del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM) hasta el año 1973.

aplicar a sujetos con graves problema de conducta. Sin embargo, la etiqueta varía enormemente en función de las áreas geográficas y los criterios profesionales que tenga cada especialista. En el MMPI-2, una puntuación elevada en esta escala se vincularía a sujetos con pensamientos y comportamientos insólitos, extravagantes, apáticos, indiferentes, impulsivos y aislados socialmente, sin recoger las formas paranoides de la esquizofrenia. Valores significativos en esta escala suelen venir acompañados por puntuaciones significativas en la escala Pt. Ahora bien, puntuaciones altas en estos índices puede que no reflejen un trastorno psicótico, sino una personalidad de tipo esquizoide o trastornos neuróticos acompañados por sintomatología compleja.

- *Escala de Hipomanía (Ma)*. Puntuaciones elevadas en esta escala se relacionan con sintomatología propia de estados maníacos, como ideas de grandeza, excitación, elevada actividad, megalomanía, hiperactividad y relaciones interpersonales abundantes, pero superficiales y poco duraderas.
- *Escala de Introversión social (Si)*. La escala Si elaborada por Gough con el objeto de valorar en el contexto laboral la tendencia de los sujetos a aislarse de los demás y no participar de eventos sociales. Una alta puntuación en esta escala indicaría, muy probablemente, que estamos ante un sujeto introvertido, retraído y tímido, mientras que puntuaciones bajas indicarían todo lo contrario.

e) *Escalas adicionales*. Entre las múltiples que presenta el MMPI-2, por estar íntimamente relacionadas con nuestro trabajo de investigación, resaltamos las escalas de estrés postraumático: PK y PS.

La escala PK fue desarrollada por Keane, Malloy y Fairbank (1984) y elaborada a partir del contraste de pacientes pertenecientes a la Administración de Veteranos de Guerra de los Estados Unidos con varios diagnósticos del Eje I entre los que podía coexistir o no el TEP. La escala PS, al contrario de la anterior, se

elaboró comparando veteranos de guerra del Vietnam sanos con otros diagnosticados de TEP sin otra sintomatología comórbida.

Generalmente se han diferenciado cinco fases para el proceso de evaluación con el MMPI-2 (González y Iruarrizaga, 2005; Greene, 1997). La primera fase consiste en la administración del MMPI-2; la segunda se lleva a cabo con la detección de omisiones o respuestas erróneas (a partir de la interpretación de la escala de interrogantes); la tercera fase se realiza a partir de la valoración de la consistencia de las respuestas (para el estudio de la consistencia se han de considerar las escalas: TRIN, VRIN, F y F posterior); la cuarta fase se refiere a la valoración de la fiabilidad de las respuestas (en esta fase el evaluador estudiará si el sujeto ha distorsionado las respuestas dadas al test. Para ello considerará dos tipos de respuesta distorsionadas: las de simulación y las de disimulación<sup>98</sup>); y, por último, en una quinta fase, se procede con la interpretación clínica del MMPI-2 a partir de las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas del instrumento.

Butcher y Ben-Porath (2004), han condensado las características del MMPI-2 que lo convierten en un instrumento óptimo para la evaluación de la personalidad del individuo. Primera, estos autores indican que el MMPI-2 incluye factores psicopatológicos y de personalidad que han demostrado ser fiables, válidos y estables a lo largo del tiempo; segunda, reseñan que el instrumento está en continua revisión, reactualizando sus contenidos en conexión con los avances alcanzados en psicopatología; tercera, señalan que los datos acumulados tras décadas de investigación permiten a los evaluadores contrastar los perfiles individuales con una gran base de datos normativa; cuarta, apuntan que el MMPI-2 permite una interpretación objetiva de los resultados asentada en normas estandarizadas; y quinta, subrayan la relevancia de que este instrumento psicométrico se haya traducido y adaptado a diversos idiomas y países. Como handicap de este cuestionario, se ha advertido de la necesidad de un alto grado de entrenamiento y cualificación de la persona que lo administra, además de la adecuada preparación

---

<sup>98</sup> Reseñar que el estudio de la simulación mediante las escalas F, Fb y F-K positivo, cuenta con mayor apoyo empírico e interés investigador que el estudio de la disimulación mediante las escalas L, K y F-K negativo (véase Baer y Miller, 2002).

clínica, psicométrica, personológica y profesional para su posterior interpretación (Hathaway y McKinley, 1999).

Todas estas características del MMPI-2 reflejan la idoneidad de este instrumento para evaluar los daños o secuelas psíquicas como consecuencia de un acontecimiento altamente estresante (Lees-Haley, Smith, Williams y Dunn, 1996; Keane, Malloy, Fairbank, 1984). De hecho, tal como afirman Jiménez y Sánchez (2003), desde los juzgados es cada vez más frecuente que el juzgador solicite a peritos y forenses información sobre la simulación o sobresimulación de sintomatología; y sobre el carácter crónico o agudo del daño.

#### **3.2.1.3.2. *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)***

Como ya hemos argumentado, las entrevistas clínicas tradicionales son instrumentos poco efectivos para la detección de simulación en el ámbito forense. Ante esta realidad, diferentes autores han desarrollado herramientas alternativas, que aún manteniendo el formato de entrevista clínica tradicional [p.e., establecen pautas a seguir en la interrelación entre el evaluador y el evaluado; hacen uso de una metodología de elección forzosa, Rogers y Mitchel, (1991)], tienen en cuenta la simulación de sintomatología. Las más difundidas y conocidas son la *Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia* (SADS); la *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) y la *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS).

Rogers, uno de los investigadores más relevantes en el contexto de la simulación, creó en el año 1986 la SIRS, una entrevista estructurada elaborada a partir de una serie de estrategias clínicas que este autor había considerado como posibles indicadores de falsificación de sintomatología. La SIRS está conformada por 172 ítems elaborados a partir de tres tipos de preguntas (Rogers, 1997a): *preguntas detalladas*, que son cuestiones planteadas con el objeto de estudiar sintomatología específica y severidad de la misma; *preguntas repetidas*, cuya finalidad es la evaluación de consistencia en las respuestas; y *preguntas generales*, que tienen como fin evaluar síntomas específicos, problemas psicológicos y patrones de síntomas. La SIRS es un instrumento válido para ser aplicado con



poblaciones criminales y no criminales (Gothard, Rogers y Sewell, 1995; Rogers, 1997a); y puede ser administrado tanto a adultos como a adolescentes (Rogers, Hinds y Sewell, 1996). Además, contiene ocho escalas de medida de la simulación (Rogers, Kropp, Bagby y Dickens, 1992), a saber:

-*Síntomas raros (RS)*. Los ítems que componen esta escala están formados por síntomas tomados de pacientes psiquiátricos reales pero que rara vez aparecen (Rogers, 1990).

-*Síntomas improbables o absurdos (IA)*. La diferencia con los anteriores estriba en que la sintomatología registrada en estos ítems, además de rara es fantástica y ridícula a la par que real (Rogers, 1990).

-*Síntomas combinados (SC)*. Estos ítems recogen sintomatología combinada que normalmente se da de forma separada, pero que difícilmente aparece de manera simultánea (Rogers y Mitchell, 1991).

-*Síntomas patentes u obvios (BL)*. Esta escala incluye aquella sintomatología que personas legas en psicología o psiquiatría asocian más directamente a un trastorno mental (v. gr., las alucinaciones auditivas son un síntoma obvio asociado directamente al trastorno esquizofrénico) (Greene, 1980).

-*Síntomas sutiles (SU)*. Los ítems correspondientes a esta escala recogen sintomatología que normalmente no se asocia a un trastorno mental, sino a problemas de la vida cotidiana (v. gr., la introversión es un síntoma sutil del trastorno esquizofrénico) (Rogers, 1990).

-*Selección de síntomas (SEL)*. Rogers considera que una de las estrategias de los simuladores es atribuirse sintomatología psiquiátrica indiscriminadamente, que es el objeto de medida de esta escala (Rogers, 1988).

-*Gravedad de síntomas (SEV)*. Esta escala se encamina a la medida de la estrategia que siguen algunos simuladores de informar acerca de una intensidad sintomatológica extrema o insoportable que, en raras ocasiones, se da en la realidad (Rogers y Mitchell, 1991).

-*Síntomas observados versus observados (RO)*. La sintomatología evaluada por esta escala se basa en el contraste entre lo que el evaluador observa a nivel lingüístico y psicomotor en el sujeto y lo que éste contesta (Jaffe y Sharma, 1998).

La SIRS ha sido sometida a diferentes estudios de fiabilidad y validez. En esta línea, Gothard, Vigilione, Meloy y Sherman (1995) contrastaron la eficacia de la SIRS en la determinación de la simulación de incapacidad en las salas de justicia obteniendo una tasa de éxito del 90,8%. Norris y May (1998), empleando cinco de las ocho escalas en un estudio con población penitenciaria en el que tenían como objeto conocer el porcentaje de simulación entre los presos, hallaron que la SIRS clasificaba correctamente al 88% de los sujetos. Además, encontraron mayores tasas de simulación entre los que tenían menos edad y menos años de escolarización, tal y como se había evidenciado en otros estudios (i.e., Rogers, y otros, 1992). Otra técnica a la que fue sometida la SIRS para contrastar la validez fue la de verificar la discriminación entre pacientes reales y sujetos entrenados para simular (Rogers, Gillis, Bagby y Monteiro, 1991). Estas investigaciones concluyeron que la SIRS discrimina eficazmente entre simuladores y auténticos pacientes psiquiátricos. Además, se ha comprobado su validez convergente con los índices de simulación y consistencia del MMPI (Rogers, Gillis, Dickens y Bagby, 1991) y del PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad; Morey, 1991). Todo ello evidencia la utilidad del SIRS para detectar simulación, pero con la recomendación que hace el propio Rogers de abogar por una evaluación multimétodo para la detección de la simulación de sintomatología, completando las medidas obtenidas por el SIRS con otras medidas como la entrevista clínica, la observación y, en el caso de que las hubiera, otras evaluaciones realizadas con anterioridad.

La SADS, elaborada por Spitzer y Endicott, en 1978, cuenta con una versión para adultos, niños y adolescentes (de 6 a 18 años), denominada K-SADS (Ambrosini, 2000; Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci y Williamson, 1997). Esta Escala consiste en una entrevista semiestructurada cuyo contenido es objeto de un exhaustivo estudio de consistencia mediante el análisis de un mismo episodio utilizando partes de la SADS mediante entrevistas corroborativas. Además, proporciona comparaciones estandarizadas de síntomas. Se ha utilizado con profusión en el ámbito forense (véase Rogers, 1986; Rogers, Thatcher y Cavanaugh, 1984).

Por su parte, la SIMS, que fue elaborada en el año 2005 con el objeto de ser aplicada en el contexto forense para personas mayores de 18 años, está formada por 75 ítems con un formato de respuesta: verdadero-falso. Para el control de la simulación de psicopatología o sintomatología neuropsicológica la SIMS ofrece, por un lado, una puntuación general de simulación y, por otro, cinco puntuaciones de simulación en cinco escalas referidas a psicosis, trastornos neurológicos, amnesia, inteligencia y trastornos afectivos. La SIMS es un instrumento óptimo para la combinación con otros instrumentos de evaluación. De hecho, presenta buena validez convergente con las escalas de validez del MMPI-2 y con las escalas de la SIRS (Widows y Smith, 2005). Finalmente resaltar que ha demostrado ser muy válido para la detección de simulación en múltiples estudios (véase Alwes, Clark y Granacher, 2008; Jelacic, Merckelbach, Candel y Geraerts, 2007; Jelacic, Peters, Leckie y Merckelbach, 2007; Smith y Burger, 1997).

#### **3.2.1.3.3. La entrevista clínico-forense, Arce y Fariña (2001)**

Como hemos expuesto, los instrumentos de evaluación comentados (p.e., MMPI-2 o la SIRS) no son válidos por sí solos para el control de la simulación de sintomatología en el ámbito forense ya que, a pesar de contener medidas que controlan la simulación, facilitan al sujeto evaluado una tarea de reconocimiento de síntomas e información del trastorno mental. Por ejemplo, ante un ítem del MMPI-2 *Normalmente me despierto por las mañanas descansado y como nuevo*, el sujeto simulador tiene ante sí un efecto facilitador de la respuesta de simulación, ya que sólo deberá poner en marcha una tarea de reconocimiento de síntomas consistente en discernir si el síntoma referenciado por el evaluador se corresponde con la patología que pretende simular. De hecho, en este tipo de tareas, Arce, Carballal, Fariña y Seijo (2004) y Arce, Pampillón y Fariña (2002) hallaron que los sujetos son capaces de simular una enfermedad mental y además discriminarla de otras.

Para controlar el efecto facilitador de la simulación de la tarea de reconocimiento de síntomas, Arce y Fariña (2001), propusieron un tipo de entrevista clínica adaptada al contexto forense en formato de discurso libre. Esta entrevista consiste en solicitar a la persona en evaluación que relate los síntomas, conductas y

pensamientos que tiene en el momento presente (esto es, EEAG en el eje V del DSM-IV-TR) en comparación con su estado psíquico anterior al evento traumático. Si el sujeto no es capaz de relatarlos por sí solo, o bien, lo que informa no es considerado como suficiente por el perito por falta de amplitud, procederá el profesional a la formulación de preguntas con formato abierto, tomando el esquema del eje V del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), dirigiéndolo a contextos de relaciones familiares (EEGAR); de relaciones sociales (EEASL) y relaciones laborales (EEASL).

Adoptando este formato de entrevista abierta y de reinstauración de contextos, el sujeto a evaluar lleva a cabo no una tarea de reconocimiento de síntomas, como ocurre en la SIRS o en el MMPI-2, sino que responderá de acuerdo a una tarea de conocimiento de síntomas, ya que informará al psicólogo forense *de motu proprio* de la sintomatología que padece sin ningún elemento facilitador que le ayude a discernir entre síntomas.

Tal como reseñan Arce y Fariña (2001), la *entrevista clínico-forense* debe ser recogida en un formato audio-visual con el objeto de realizar posteriormente un análisis de contenido de la misma. Posteriormente, se elaborará para cada trastorno que queramos evaluar una hoja de registro con una rejilla de síntomas mutuamente excluyentes que se corresponderán con los síntomas recogidos en el DSM-IV-TR. Para la detección de sintomatología se recurrirá a dos métodos complementarios y no excluyentes. Por un lado, a la información verbal que nos da el sujeto a evaluar; y, por otro, a las inferencias que los evaluadores hagan del sujeto (p. e., el enlentecimiento psicomotor puede ser referido por el evaluado o inferido por el evaluador).

Además, de la entrevista recogida en formato audio-visual se realizará un estudio de la fiabilidad a través de las siguientes estrategias de simulación: evitación de respuestas, síntomas raros, combinación de síntomas, síntomas obvios, síntomas sutiles, inconsistencia de síntomas, síntomas improbables, agrupación indiscriminada de síntomas y severidad de síntomas.

Sometida a prueba, esta entrevista resultó fiable, válida y productiva en la detección de simulación de un TEP asociado a una falsa agresión sexual o intimidación (Arce, Fariña y Freire, 2002; Freire, 2000); violencia de género (Arce y otros, 2004); accidentes de tráfico (Arce y otros, 2006; Arce y Fariña, 2008a; Arce y Fariña, 2008b) y en la simulación de un trastorno mental no imputable (Arce y otros, 2002). No obstante, los autores también previenen que, por sí sola, esta entrevista no es suficiente ya que se podrían cometer errores de falsos positivos y errores de omisión. Ante esta tesitura, abogan por una perspectiva multimétodo en la que se combinen técnicas de conocimiento y reconocimiento de síntomas (Arce y Fariña, 2007a).

#### **3.2.1.3.4. Protocolo de evaluación forense de huella psíquica, Arce y Fariña (2007a)**

Para la evaluación de la huella psíquica con control de la simulación en el contexto legal, Arce y Fariña (Arce y Fariña, 2005b; Arce y otros, 2002; Arce y otros, 2006) han elaborado un protocolo de actuación desde una perspectiva multimétodo.

Este sistema de evaluación forense parte de la distinción de dos tipos de criterios, los positivos y los negativos. Los positivos, hacen referencia a aquellos que no aparecen en las evaluaciones de los simuladores. Los autores identifican dos: la evitación de respuesta y la deseabilidad social. Estos dos criterios se pueden constatar a partir de la escala ? y la Escala L del MMPI. Reseñar, que la falta de colaboración con la evaluación (no responder) se había considerado como un indicador fiable de simulación (v. gr., Bagby, Buis y Nicholson, 1997; Lewis y Saarni, 1993; Rogers, 1992), no obstante, Arce y Fariña (2005a) constatan que esta contingencia no se ha observado nunca en los estudios de simulación en el ámbito legal.

Los criterios negativos, que serían aquellos que se han encontrado en los protocolos de los simuladores, son los siguientes: las escalas de control de validez MMPI y sus combinaciones detectan simulación; la detección de alguna estrategia de simulación en la *entrevista clínico-forense*; la ausencia de concordancia inter-

medidas; si los instrumentos de medida no detectan enfermedad mental alguna no se puede considerar que existe en el contexto legal. Este último criterio es eliminatorio y de los restantes serán necesarios al menos dos, y el estudio de hipótesis alternativas, para poder concluir que estamos ante una simulación de huella psíquica. A este respecto crearon el concepto de *invalidéz convergente*, que responde al requerimiento de que al menos son necesarios dos indicios de invalidéz totalmente independientes para invalidar un protocolo.

Tomando como base estos dos criterios, Arce y Fariña (2007a) proponen un protocolo de actuación en el que se observan, necesariamente, los siguientes aspectos:

a) *Anamnesis o estudio de los antecedentes*. Con ello se complementan los datos obtenidos a través de la evaluación forense con otros derivados de fuentes alternativas: antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos del evaluado, estudio de pruebas documentales, estudio de los testimonios prestados por el sujeto a la policía o al juez; y estudio de testimonios de otros testigos y pruebas.

b) *Evaluación clínico-forense mediante instrumentos que motiven una tarea de reconocimiento y de conocimiento de síntomas y que además contemplen el control de la simulación de las respuestas dadas por el evaluado*. Los autores proponen la *entrevista clínico-forense* (Arce y Fariña, 2001), el MMPI-2 (Hathaway y Mckinley, 1999), por ser considerado el instrumento psicométrico de referencia en la evaluación forense (Butcher y Millar, 1999) o el checklist SCL-90-R (Derogatis, 2002), que requiere menos destrezas para su cumplimentación. Los autores inciden en la relevancia de la secuencialización de los instrumentos. De hecho, para evitar un efecto facilitador y de aprendizaje, primeramente el perito administrará la *entrevista clínico-forense* y posteriormente los test. También, advierten que la consistencia intermedidas no va a ser total, ya que como apuntan Arce y Fariña las medidas test-retest admiten un cierto grado de inconsistencia.

c) *Análisis de la consistencia interna de las medidas*. En esta fase los autores proponen que el perito estudie las escalas de control de validez del MMPI-2 (Hathaway y Mckinley, 1999) con implicaciones para la simulación de sintomatología: Escala ?, L, F, K, F posterior, TRIN, VRIN, índice F-K y el perfil de V invertida. Si la evaluación se realiza a partir del SCL-90-R (Derogatis, 2002), las

escalas de validez a tener en cuenta son: PST, PSI, GSI y PSDI. Asimismo, la *entrevista clínico-forense* también será sometida a un análisis de contenido tomando como categorías las estrategias que siguen los simuladores en las entrevistas: evitación de respuestas, síntomas raros, combinación de síntomas, síntomas obvios, síntomas sutiles, consistencia de síntomas, síntomas improbables, agrupación indiscriminada de síntomas y severidad de síntomas (American Psychiatric Association, 2002; Rogers, 1997a).

d) *Estudio de la fiabilidad de las medidas la declaración*. Ésta se llevará a cabo a partir del análisis de la consistencia interna, inter-medidas, inter-contextos e inter-evaluadores (Wicker, 1975). Para el control de los posibles sesgos introducidos por el evaluador, ejecutan la tarea dos evaluadores por separado, cotejando la consistencia mediante el índice de concordancia.

e) *Control del error de Otelo o falsos positivos*. Para ello, se hará una búsqueda retrospectiva de los antecedentes del sujeto a evaluar, también se tendrán en cuenta las hipótesis alternativas de cada indicador de no validez (Graham, 2000; Roig Fusté, 1993); los criterios positivos de no-simulación; y los criterios del Modelo de Decisión Clínica para el establecimientos de la simulación (Cunnien, 1997).

f) *Evaluación psicológica: huella psíquica medida y huella psíquica esperada*. La huella psíquica esperada en victimación en el contexto legal es el TEP, no obstante, como hemos apuntado con anterioridad, se debe tener en cuenta además las medidas indirectas del mismo (p. e., hipocondriasis, histeria, depresión, ansiedad, distimia, aislamiento social, inadaptación social), que si se detectan en la evaluación potencian el diagnóstico del TEP. No obstante, los autores recalcan que no lo sustituyen y además estas medidas no son consistentes inter-delito. Ejemplo de ello es que en un delito de violencia de género la sintomatología comórbida al TEP es la depresión, la inadaptación social o la ansiedad (Echeburúa y Corral, 1998); mientras que los trastornos secundarios que acompañan a las víctimas de accidente de tráfico son la depresión y distimia (Blanchard y Hickling, 2004). Los autores también insisten en la conveniencia de estudiar otras situaciones altamente estresantes que puedan concurrir al delito y que dificulten o imposibiliten determinar la causa del trastorno (v. gr., en el caso de un delito de malos tratos la sintomatología detectada puede estar vinculada al proceso de separación y divorcio y no a los malos tratos en sí).

No obstante, a la hora de evaluar la sintomatología derivada de un acto delictivo, el psicólogo forense deberá tener en cuenta dos premisas fundamentales. Por un lado, no todo delito violento produce como consecuencia un TEP y, por otro, la no presencia de un TEP, no significa que el delito no hubiera acontecido, sino que, en su caso, no le causó daño psíquico.

g) *Estudio de la validez discriminante.* Dentro del protocolo de actuación los autores contemplan la posibilidad de tomar una medida no relacionada con el caso, por ejemplo mediante la administración de instrumentos psicométricos como el 16-PF, que, a su vez, pueden informar sobre la actitud del evaluado ante la prueba.

Por último, destacar que el resultado obtenido por este protocolo debe ajustarse a dos categorías y debe de ser redactado en términos probabilísticos ya que la medida está sujeta a error: con indicios sistemáticos de simulación y sin indicios sistemáticos de simulación. Los autores justifican además esta preferencia alegando que ajustar el dictamen en una escala de varios puntos (p.e., escala tipo Likert), otra alternativa para exponer los resultados, puede confundir a los juzgadores (véase sentencia del TS de 29 de octubre de 1981, RA 3902).

#### **3.2.1.3.5. El Sistema de Evaluación Global (SEG)**

El Sistema de Evaluación Global (SEG), desarrollado por Arce y Fariña (2005b, 2006 y 2007b), surgió con el objeto de superar las limitaciones de la evaluación empírica de la credibilidad del testimonio en el contexto legal y con base en numerosos estudios de laboratorio y de la práctica profesional. Asimismo, el protocolo de evaluación psicológico-forense aportado por estos autores constituye, al igual que el anterior protocolo comentado, una aproximación multimétodo a la peritación psicológica de la huella psíquica y de la exactitud del testimonio. Además, Arce y Fariña incluyen en el SEG índices de control de simulación de sintomatología e índices de validez y de fiabilidad referidos al testimonio de los hechos denunciados.



El SEG se divide en nueve fases que se describen a continuación: obtención de la declaración, repetición de la obtención de la declaración, contraste de las declaraciones recabadas a lo largo del procedimiento judicial, análisis del contenido de las declaraciones, análisis de la fiabilidad de las medidas, medida de las secuelas clínicas del hecho traumático, evaluación de la declaración de los actores implicados, análisis de las características psicológicas de los actores implicados e implicaciones para la presentación del informe.

a) *Obtención de la declaración.* La obtención de la declaración de los hechos delictivos y de la huella psicológica es fundamental para la aplicación del SEG. No obstante, éstas no serán válidas ni suficientes si son obtenidas por entrevistas inadecuadas, como es la entrevista estándar estructurada de preguntas cerradas (p.e., la entrevista policial). Los autores advierten, además, que se ha de adaptar la entrevista a las características del sujeto a evaluar, sea éste, adulto, menor o discapacitado, por lo que en función de ello las entrevistas a aplicar para la obtención de la declaración de los hechos denunciados son las entrevistas que ya hemos descrito en epígrafes anteriores: La Entrevista Cognitiva Mejorada (Fisher y Geiselman, 1992) para adultos, Memorandum de Buenas Prácticas (Bull, 1997) para menores; o la Entrevista Forense a Discapacitados (Arce, Novo y Alfaro, 2000). Por su lado, para la obtención de la huella psíquica se utilizará la *Entrevista Clínico-Forense* (Arce y Fariña, 2001).

b) *Repetición de la declaración.* El hecho de que se tome la declaración de los hechos denunciados en dos momentos temporales diferentes es un claro elemento diferenciador del SEG con respecto a otros sistemas de estudio de la exactitud del testimonio. Con ello, según los autores, se posibilitará el análisis de la consistencia de la declaración del testigo a través del tiempo, constituyendo un índice de la validez de la declaración (p.e., Schum, 1977; Wicker, 1975). Por otro lado, la propia jurisprudencia recoge la necesidad de que la declaración del testigo sea consistente en el tiempo con el objeto de tipificar al testigo como fiable en el contexto legal (p.e., Schum, 1977; Sentencia del TS de 29 de abril de 1997). De hecho, en esta línea, se han llegado a dictar sentencias que anulaban informes en los que se había aplicado

el CBCA o el SRA a una única declaración (p.e., Audiencia Provincial de Pontevedra, Sección 6ª, 21 de enero de 2004).

Arce y Fariña (2005a), explicitan además, que la obtención de la declaración a través de un método de entrevista de discurso narrativo libre, no contamina los datos obtenidos. Adicionalmente, recomiendan que en la primera de las entrevistas se apliquen las técnicas de recuperación de información propuestas por Fisher y Geiselman (1992) y no se proceda al interrogatorio, de ser necesario éste, hasta la segunda entrevista.

El estudio de la consistencia se hará de acuerdo a la *hipótesis de Undeutsch* (1967). Según este autor, la consistencia debe entenderse en función del tipo de información que entra en contradicción, diferenciando información central e información periférica. La información periférica estaría referida a detalles banales que de una a otra declaración se puedan omitir o entrar en contradicción; no obstante, la información central estaría vinculada a la acción del propio juicio que de entrar en contradicción o su omisión invalida la declaración del testigo<sup>99</sup>.

En relación al procedimiento, los autores estiman que el tiempo que deberá transcurrir entre la obtención de la primera y segunda declaración debe ser no mucho más que de una semana. De esta manera los autores dan cabida a la Teoría de la interferencia del olvido; a la hipótesis constructiva del olvido; y a la curva del olvido, asumiendo tres axiomas:

-El acto delictivo constituye un evento vital estresante por lo que el efecto del desuso será menor.

-La teoría de la racionalidad que sostiene que la mentira es planificada, aprendida y consistente en el tiempo, por lo que no tendrá influencias de información postsuceso.

---

<sup>99</sup>Ejemplo de ello, sería una víctima de un delito de malos tratos que en la primera de las declaraciones informa que le han agredido en una pierna atestándole un puñetazo, mientras que en la segunda informa que el puñetazo ha sido en el hombro. En este caso nos encontraríamos con un testimonio inconsistente ya que la información que entra en contradicción es central y relevante para la acción del juicio.

-El sujeto que es sincero narra imágenes mentales y el mentiroso esquemas episódicos, por lo que la recuperación de información verdadera mediante una técnica narrativa de discurso libre (v. gr., omisiones, recuerdo de eventos distintos a los hechos pero relacionados con ellos, recuperación de nueva información relevante para los hechos, inconsistencia en información periférica) será significativamente diferente a la declaración del mentiroso (v. gr., los hechos son aprendidos por lo que los repetirá prácticamente igual guiado por un esquema episódico).

c) *Contraste de las declaraciones recabadas a lo largo del procedimiento judicial.* Arce y Fariña aluden al contraste de las declaraciones obtenidas por los peritos con otras contenidas en el procedimiento (p.e., declaraciones prestadas al juez, declaraciones policiales) a partir del estudio de validez recogido en el SRA y en el SVA. No obstante, a pesar de que los autores incluyan esta práctica en el estudio de la exactitud del testimonio, avisan que el perito ante las inconsistencias debe ser cauto. De hecho, las declaraciones transcritas que se encuentran en los procedimientos referidas a los testigos o al agresor suelen provenir de interrogatorios estandarizados que en ocasiones sesgan las respuestas de los sujetos<sup>100</sup>.

d) *Análisis del contenido de las declaraciones.* Este apartado se refiere al estudio de la fiabilidad y validez del testimonio tomado por los peritos a partir de la entrevista de narración de recuerdo libre.

La validez<sup>101</sup> del testimonio se estudiará partir de dos parámetros. El primero de ellos estará centrado en el tamaño de la declaración, esto es, se estudiará si la declaración tomada es lo suficientemente extensa para poder ser sometida a un

<sup>100</sup> Por ejemplo, han hallado que en el testimonio transcrito de un menor víctima de una agresión sexual encontraron la expresión *echó semen* que puede ser una interpretación del transcriptor de lo que está diciendo el menor. En un delito de malos tratos se pueden recoger expresiones como *me maltrató*, que no son narraciones de los hechos, por lo que no se puede establecer el contraste.

<sup>101</sup> El estudio de la validez está encaminado a esclarecer si el testimonio puede ser sometido a un análisis de fiabilidad, por lo que no debemos confundir esta validez con la que establecen los órganos judiciales dirigida a estimar si una declaración es válida como prueba judicial.

análisis de credibilidad. El segundo está en función de los criterios de validez propiamente dichos: carencia de consistencia interna, carencia de consistencia externa con otras pruebas robustas e incontrovertibles, declaración inconsistente con la anterior, carencia de persistencia en las declaraciones e inconsistencia con las leyes científicas y de la naturaleza. Cuando la declaración es extensa y además cumple los criterios de validez, los autores se refieren a la declaración como suficiente y válida para ser sometida a un análisis de fiabilidad.

La fiabilidad del testimonio se estudia conjuntamente a partir del CBCA y del RM cuya combinación es posible y además, tal como indican Spörer (1997); y Vrij, Edward, Roberts, y Bull (1999), pueden sumar sus efectos. Así, a los criterios del CBCA, le suman dos criterios más correspondientes al RM: la información perceptual y las operaciones cognitivas (Vrij, 2000), lo que mejora ligeramente la fiabilidad del sistema.

e) *Análisis de la fiabilidad de las medidas.* Los sistemas de análisis de contenido de las declaraciones son sistemas semi-objetivos. Para subsanar este déficit y confeccionar un protocolo de evaluación objetivo, los autores proponen verificar la fiabilidad de la medida pericial a través del análisis de la consistencia inter- e intra-medidas; inter-evaluadores e inter-contextos (Wicker, 1975). La consistencia intra-medidas e inter-medidas se realiza a partir de la consistencia interna de las medidas (p.e., escalas de validez del MMPI-2, de las declaraciones, el estudio de las estrategias de simulación en la entrevista clínica) y del estudio de la consistencia entre las diferentes medidas (v. gr., concordancia entre el MMPI-2 y la entrevista clínica de las declaraciones en el tiempo). La consistencia inter-contextos se obtiene recurriendo a un evaluador entrenado que haya sido efectivo en pericias anteriores. La consistencia inter-evaluadores se afronta realizando la evaluación dos peritos. Como herramienta de análisis de la concordancia entre los dos peritos Arce y Fariña proponen el índice de concordancia [ $IC = \text{Acuerdos} / (\text{acuerdos} + \text{desacuerdos})$ ], tomando como punto de corte 0.80 (Tversky, 1977). Esto significa que sólo se considerarán fiables los resultados, si por separado, concuerdan en más del 0.80 del total de los registros las evaluaciones en cada bloque categorial de análisis.

f) *Medida de las secuelas clínicas del hecho traumático.* Como hemos expuesto la vivencia de un hecho delictivo puede producir en la víctima que lo vivencia una serie de daños físicos, económicos y psíquicos. Este último configura lo que se ha venido denominando la huella psíquica del delito, pudiendo ser peritada por el psicólogo forense y presentada ante el juzgador como una prueba de cargo. La evaluación de este tipo de daño se corresponde con el protocolo anteriormente descrito en el apartado dedicado a la *entrevista clínico-forense* de Arce y Fariña (2001).

g) *Evaluación de la declaración de los actores implicados.* Las técnicas de análisis de contenido de las declaraciones fueron creadas fundamentalmente para aplicar en el testimonio de las denunciantes, pero, el SEG también puede ser aplicado al denunciado. Con ello, los autores afirman que se obtiene una validación convergente de los datos.

h) *Análisis de las características psicológicas de los actores implicados.* Según los autores el estudio la salud mental de las partes implicadas en el delito es de suma relevancia para una buena explicación de la denuncia, problemas psicológicos que afecten a la credibilidad de los testimonios, la agresión o para constatar cualquier enfermedad mental del denunciado con implicaciones en la imputabilidad del acusado. Por otro lado, los autores contemplan además en el protocolo de actuación la evaluación de las capacidades cognitivas a partir de test como el TONI-2 (véase Brown, Sherbenou y Johnsen, 1995) de fácil administración y que aporta una impresión acerca de la inteligencia no verbal del evaluado. De ser necesario, se profundiza en el estudio de las capacidades cognitivas. A partir de esta evaluación el perito puede informar acerca de la capacidad de testimoniar del evaluado, y si fuera el caso, de sus consecuencias en cuanto a responsabilidad criminal.

i) *Implicaciones para la presentación del informe.* El SVA propone cinco posibles categorías de respuesta en las que incluir las declaraciones, no obstante, según la sentencia del TS de 29 de octubre de 1981, RA 3902, esto lleva a

confusión por lo que exige la seguridad plena y no una alta probabilidad. Ahora bien, toda medida y en especial la psicológica, está sujeta a un margen de error, por lo que Arce y Fariña proponen las categorías de probablemente cierto/real/creíble; declaración carente de criterios de realidad, prueba insuficiente e indeterminado. Por último, los autores destacan que el SEG es más robusto en la identificación de la verdad que de la mentira, además, no valida acciones aisladas, sino hechos en su conjunto, por lo que el protocolo no se recomienda para la identificación del agresor, ya que el protocolo no valida hasta tal punto.

Por último, si bien es cierto que la fiabilidad última del SEG recae en el la pericia del entrevistador (v. gr., objetividad, formación, experiencia) (Alonso-Quecuty, 1993) y en última instancia en la colaboración del sujeto a evaluar, este protocolo se presenta como un instrumento prometedor para la detección del engaño y la simulación en el contexto legal. De hecho, ha sido tomado como referencia por el Consejo General del Poder Judicial (Arce y Fariña, 2006).

## **DESARROLLO EMPÍRICO**





## Introducción

Como ya hemos señalado en el capítulo 2 en España es relativamente reciente la tipificación de la violencia de género como delito. De hecho, no fue hasta el año 2004, cuando la *Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de medidas de protección integral de violencia de género*, definió la violencia de género como “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad”, incluso leve. Además, dicha ley recogió que este tipo de violencia era aquella que se ejercía “sobre las mujeres, por parte de quienes sean sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”.

El Centro Reina Sofía de Estudios para la Violencia (2007) ha recabado que, como consecuencia de este tipo violencia, han fallecido en España a manos de sus parejas 342 mujeres entre los años 2003 y 2007, registrándose un aumento de un 2.86% de los femicidios en este período. Además, se ha constatado un incremento en el número de denuncias, cifrándose en el 72.1% (Ministerio de Igualdad del Gobierno de España, 2008). Esta realidad apunta principalmente hacia dos direcciones. Por un lado, hacia la visualización de una victimación que permanecía oculta, no en vano, la prevalencia de la violencia de género se ha estimado que afecta entre el 15% y el 30% de las mujeres (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1998); y, por otro, hacia una cierta probabilidad de que nos encontremos ante falsas denuncias o infundadas, especialmente en aquellos casos que impliquen procesos paralelos de separación y divorcio (Mikkelsen, Guthel y Emens, 1992).

En el contexto jurídico penal español, la víctima de un delito de violencia de género, como hemos visto, puede actuar además de como testigo, como acusación particular. Esto resulta un inconveniente para el juzgador ya que, debido a la privacidad que caracteriza este tipo de delitos, es frecuente que no exista otro medio de prueba más que el testimonio de la víctima. Esta característica obliga a que el

juzgador ponga en duda la fiabilidad de su testimonio y lo valore según los criterios de la sana crítica, entre los que destaca *la corroboración por datos objetivos* donde se contempla la peritación de lesiones producidas por la victimación (Ferreiro, 2005; Martínez, 2008). Al respecto, se pueden presentar cinco tipos de lesiones (United Nations, 1988): física, mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material y pérdida o menoscabo en los derechos. Sin embargo, como carga de prueba, los daños se reducen fundamentalmente a físicos y psíquicos (p.e., Echeburúa, Corral y Amor, 2003; Lafta, 2008; Milner y Crouch, 2004). Suárez (2005), en un estudio de sentencias condenatorias por violencia de género, observó que la confrontación de los testimonios de la denunciante y el acusado, junto con la comprobación mediante informe forense o prueba documental de daño físico era condición suficiente para una sentencia condenatoria en el 98% de los casos. Además, también observó que el testimonio de la víctima por si solo no era prueba de condena en ningún caso; y que la huella psíquica no se aportaba como prueba de acusación, esto es, el juzgador no disponía de prueba de las agresiones psíquicas, ni la valoración de daño psíquico en ningún tipo de agresión.

Ante este estado de la cuestión, la Psicología Forense puede desempeñar un rol fundamental en la valoración de la victimación asociada al delito de la violencia de género y en la construcción de la subsiguiente prueba judicial. En la práctica forense, la huella psíquica propia de un hecho delictivo es el TEP, resultando insuficiente otro daño psíquico sin la presencia de un TEP (v. gr., O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder y Shalev, 2006). De hecho, se ha constatado sistemáticamente que este trastorno está relacionado directamente con situaciones traumáticas de muy diversa índole, tales como agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Zubizarreta, y Sarasúa, 1995), desastres naturales (Hodgkinson, Joseph, Yule y Williams, 1995), guerras (Albuquerque, 1992), secuestros, tortura, accidentes (Blanchard y Hickling, 2004; Blanchard, Hickling, Taylor y Loos, 1996; Bryant y Harvey, 1995; Taylor y Koch, 1995) o violencia de género (Echeburúa y Corral, 2003; Niehoff, 2000). Además, el TEP posibilita el establecimiento de una relación de causalidad entre la situación traumática y la enfermedad, aspecto que no ocurre con otro trastorno psiquiátrico (American Psychiatric Association, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992; Simon, 1995). En el caso que nos ocupa, la violencia de

género, Echeburúa y Corral (1998) han corroborado una prevalencia del TEP en torno al 50-55% de las víctimas. Además, también se ha encontrado sintomatología comórbida o secundaria al TEP, siendo la más prevalente la depresión, inadaptación social, ansiedad y disfunciones sexuales (p.e., Bargai, Ben-Shakhar y Shalev, 2007; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1998; Esbec, 2000).

Una vez hemos identificado el daño psíquico, el profesional forense debe medirlo. No obstante, esta medida no es asumible en los términos clínicos ordinarios ya que debe someter a prueba la posibilidad de simulación (American Psychiatric Association, 2002). De hecho, esta situación en la práctica clínica ordinaria no es considerada por el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). En esta línea, Rogers (1997a), tras revisar diagnósticos clínicos, apuntó que no encontró ninguno en el que se aludiera a la simulación. Además, tal como afirmó Arce (2007) a este respecto, el diagnóstico de simulación en la evaluación clínico-sanitaria carece de interés ya que es contrario a la práctica clínica. Sin embargo, en el contexto forense el profesional debe sospecharlo (American Psychiatric Association, 2002). Si bien las cifras de simuladores en el ámbito legal son desconocidas, la probabilidad estimada para casos de denuncias por lesiones está en torno al 50% (Heaton, Smith, Lehman y Vogt, 1978; Miller y Cartlidge, 1972; Youngjohn, 1991).

Como consecuencia de lo señalado anteriormente nos planteamos llevar a cabo un estudio con el objetivo general de perfilar unos mecanismos que permitan controlar la simulación para dar valor legal a la evaluación del daño psicológico y, por extensión, a la prueba judicial. Para alcanzar este objetivo general de investigación, contrastaremos, primero, la capacidad de las mujeres para simular las consecuencias psicológicas asociadas a la vivencia de malos tratos con dos tipos de herramientas que implican tareas cualitativamente distintas: una entrevista (la *entrevista clínico-forense* de Arce y Fariña, 2001), que presupone la ejecución de una tarea de conocimiento, y una medida psicométrica (el MMPI que es la herramienta psicométrica más utilizada para la evaluación forense, Butcher y Miller, 1999), que expone al sujeto a una tarea de reconocimiento. Segundo, someteremos a prueba la validez predictiva de los procedimientos de control de la simulación y el

engaño disponibles para ambas pruebas. Este diseño se justifica en que la detección de la simulación merece una aproximación multimétodo, mostrándose como las más efectivas aquellas que combinan entrevista y el MMPI (Gothard, Rogers y Sewell, 1995; Rogers, 1997b).

## 1. MÉTODO

### 1.1. Participantes

La muestra la compusieron un total de 101 sujetos, todas ellas mujeres mayores de 18 años, legas en Psicología, mentalmente sanas y que manifestaron no haber sufrido violencia de género (la muestra inicial era de 107 mujeres pero 6 de ellas se eliminaron porque señalaron haber padecido algún tipo de violencia de género u observarse indicios de enfermedad mental). En relación con la edad, el rango oscilaba entre los 19 y los 61 años, con una media de 32,4 ( $Sx=12,5$ ). Con respecto al estado civil, el 2,97% eran viudas, el 41,58% estaban casadas y el 55,45% solteras, teniendo o habiendo tenido todas ellas una pareja estable con convivencia. En cuanto al nivel de estudios, el 14,85% había cursado estudios primarios, el 57,43% bachillerato y el 27,72% universitarios.

### 1.2. Diseño

La metodología de investigación empleada fue del tipo experimental y en un ambiente de simulación de alta fidelidad. De hecho, para dotar de mayor realismo a este experimento y para lograr una mayor implicación, recurrimos al ofrecimiento de una recompensa de tipo económico (150 Euros) a las cuatro mejores simulaciones. En concreto, se planificó un diseño de medidas repetidas para conocer la capacidad de simulación de las participantes en el instrumento psicométrico de referencia para la evaluación de daño psíquico en la práctica forense (Butcher y Miller, 1999), el MMPI-2, manipulando para ello las instrucciones administradas: respuesta al MMPI-2 bajo las *instrucciones estándar* y respuesta al MMPI-2 bajo *instrucciones de simulación* de daño psíquico. Éstas consistían en solicitarles que se pusiesen en el lugar de una mujer que simulaba haber sufrido malos tratos en el ámbito doméstico y a la que se le van valorar las secuelas psicológicas de los mismos. La denuncia falsa de malos tratos se justificaba en base a la obtención de algún beneficio asociado (v. gr., guarda y custodia de los hijos, venganza, compensaciones económicas). A su

vez, se planificó un contraste de la ejecución de los sujetos en dos formatos de tarea distintos: tarea de reconocimiento en el MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999) y tarea de conocimiento en la *entrevista clínico-forense* (Arce y Fariña, 2001).

### **1.3. Instrumentos de medida**

Como instrumento de medida en la tarea de reconocimiento utilizamos el MMPI-2 baremado para España por TEA (Hathaway y McKinley, 1999). Dados nuestros propósitos de medida clínica del daño psíquico directo e indirecto asociado a la victimación de violencia de género y de simulación, tomamos las diez escalas clínicas básicas, las dos escalas adicionales de medida del TEP, y las escalas de validez. La primera de las escalas clínicas básicas es la hipocondría (Hs), que hace referencia al estado físico general, digestión, apetito, vista y sensibilidad, valorando el grado de preocupación que tiene el sujeto por sus funciones corporales y que permite diferenciar a los neuróticos hipocondríacos de otros grupos de trastornos mentales o de los sujetos normales. La segunda, la escala de depresión (D), evalúa la apatía, pérdida de interés, negación de experiencias agradables y escasa capacidad para el trabajo, consistiendo su finalidad en diagnosticar cuadros depresivos. La tercera, la escala de histeria de conversión (Hy), fue elaborada para diferenciar histéricos de conversión de personas normales. Sus ítems aluden a quejas sobre problemas orgánicos (musculares, gastrointestinales o cardíacos), sensaciones de tensión, angustia o miedo. La cuarta, la escala de desviación psicopática (Pd), mide psicopatía o personalidad asocial y los ítems se refieren a inadaptación familiar y escolar, conflictos con la autoridad, negación de las convenciones sociales y pobreza en el juicio de valores. La quinta, la escala de masculinidad-feminidad (Mf), cubre un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y aficiones en los que generalmente difieren varones y mujeres. La sexta, la escala de paranoia (Pa), la componen ítems que comprenden ideas delirantes, fragilidad psicológica o sensibilidad acentuada. La séptima, la escala de psicastenia (Pt), que es una escala que posibilita diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo, está compuesta por ítems referidos a ansiedad, baja autoestima, dudas acerca de su propia capacidad, sensibilidad elevada y dificultad para tomar decisiones. La octava, la escala de

esquizofrenia (Sc), evalúa este trastorno. Los ítems aluden a distorsiones o peculiaridades de la percepción, sensaciones de persecución, sentimientos de enajenación interpersonal, relaciones familiares pobres, falta de interés por la vida sexual, dificultad de concentración y escaso control de los impulsos. La novena, la escala de hipomanía (Ma), hace referencia a un estado maníaco moderado, ya que un estado maníaco grave seguramente haría imposible la aplicación de cualquier prueba al sujeto que lo padeciera. Los ítems de esta escala incluyen ideas de grandeza, excitación, elevada actividad, extraversión y altas aspiraciones. La décima, la escala de introversión social (Si), se refiere a la tendencia de los sujetos a aislarse de los demás y a no participar en las actividades sociales. Además, tomamos las dos escalas específicas de medida del TEP: la Escala Pk de Keane, Malloy y Fairbank, y la Escala Ps de Schlenger y Kulka. Para el control de la validez de los protocolos recurrimos a las cuatro escalas originales de validez: la Escala de Interrogantes, la Escala K, la Escala F y la Escala L. La puntuación interrogante, que es la suma del número de ítems dejados en blanco o respondidos a la vez como verdadero y falso, puede interpretarse como un indicador de simulación por falta de cooperación con la evaluación. La Escala K o factor de corrección se utiliza como escala de corrección para aumentar el poder discriminativo de algunas escalas clínicas del cuestionario y permite valorar la actitud del sujeto frente a la situación de evaluación. En concreto, una puntuación elevada es propia, entre otras hipótesis, de  *fingir buena imagen*  en tanto una puntuación baja lo es de  *fingir hacerse el enfermo* . La Escala L (Mentira) se orienta a una evaluación del grado en que el sujeto intenta falsificar sus respuestas, seleccionando aquéllas que lo sitúan en la posición social más favorable (disimulación). La Escala F (Incoherencia) se relaciona con contenidos insólitos y extravagantes, experiencias raras, dificultad de concentración, temas religiosos, reacciones impulsivas o paranoides, trastornos somáticos o del sueño, esto es, características difícilmente aceptables por personas atentas, de tal modo que puntuaciones elevadas advierten de una posible simulación. Además de los indicadores originales de validez del protocolo, tomamos, a fin de contrastar su efectividad y complementariedad con los originales, los indicadores adicionales de validez, la Escala Fb (F Posterior), la Escala TRIN y la Escala VRIN. La Escala Fb, al igual que la Escala F original, tiene como objeto identificar, a través de 40 ítems con una frecuencia de respuesta extremadamente baja, un registro en el que el sujeto ha

dejado de prestar atención o presenta un patrón de respuestas azaroso. La Escala TRIN, diseñada para identificar a personas que tienden a responder sin atender al contenido de los ítems, mide la inconsistencia de las respuestas verdadero. Por su parte, la Escala VRIN evalúa la consistencia de respuestas por medio de pares de ítems cuyo significado es muy parecido u opuesto. Por último, a partir de los resultados obtenidos de las escalas originales de validez del MMPI-2, calcularemos los índices que se han mostrado efectivos en la detección de la simulación de trastornos (Duckworth y Anderson, 1995): el *índice F-K*, y el *perfil en V invertida*. El *índice F-K*, también conocido como *índice de Gough*, se ha observado que es un indicador robusto de los intentos de proporcionar una mala imagen en tanto el *perfil en V invertida* advierte de la exageración de síntomas (Nicholson, Mouton, Bagby, Buis, Peterson y Buigas, 1997; Roig-Fusté, 1993). Finalmente, el estudio de los resultados nos llevó a prestar atención al estudio del *Perfil en V* porque, si bien se dirige a la medida de la disimulación (Lachar, 1974), también puede un papel significativo a través de la validez discriminante en el análisis de la simulación.

En la tarea de conocimiento, las participantes fueron sometidos a una *entrevista clínico-forense* (Arce y Fariña, 2001, 2005a), esto es, a una entrevista de orden clínico en formato de discurso libre que se ha mostrado fiable y productiva en el contexto forense (Arce, Pampillón y Fariña, 2002; Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006). El procedimiento consistió en pedir a los sujetos que relataran todo aquello que había cambiado en su vida (i.e., síntomas, conductas, pensamientos) en relación a antes de haber sufrido malos tratos, o lo que había mejorado tras dejar de sufrirlos. Si no informaban *de motu proprio* sobre las relaciones interpersonales, el contexto de trabajo o académico, relaciones familiares y, en su caso, de pareja, el entrevistador procedía a reinstaurar esos contextos específicos de evaluación (eje V del DSM-IV-TR). En cuanto al formato de la entrevista, se optó por éste frente a una entrevista (semi)estructurada<sup>102</sup> por la facilidad que ésta supondría para una manipulación de las respuestas dado que los sujetos tendrían que reconocer síntomas (tarea de reconocimiento), al igual que en una tarea psicométrica. Por el

---

<sup>102</sup> Se entiende aquí por entrevista (semi)estructurada toda entrevista cuyo formato de preguntas puede servir al sujeto para que confirme síntomas, esto es, serían entrevistas con formatos de pregunta sugestivas, y, por tanto, implicaría una tarea de reconocimiento.



contrario, una entrevista en formato de discurso libre basada en la reinstauración de contextos, coloca al sujeto en la tesitura de informar sobre lo que realmente observa en sí mismo (tarea de conocimiento), esto es, describir la sintomatología que padece. Por la misma razón, también se descartó el recurso a *checklists* suficientemente contrastados como el SCL-90-R (Derogatis, 1977, 2002). La versatilidad de la *entrevista clínico-forense* recae en que, en principio, los sujetos son capaces de delimitar los síntomas, conductas y pensamientos que tienen a menos que no se muestren colaboradores (la estrategia básica de simulación recogida en el DSM-IV-TR), sufran lesiones neurológicas o padezcan una deficiencia mental. Estas dos últimas contingencias se descartan en nuestro caso.

#### 1.4. Procedimiento

En un primer momento, la tarea de las participantes consistió en responder al cuestionario MMPI-2 (Hathaway y McKinley, 1999) bajo las *instrucciones estándar* del propio MMPI-2 para un cotejo de su estado clínico. Se les comunicó que se iba a efectuar una evaluación clínica de cada una de ellas y que, si lo deseaban, se les haría un informe de su estado clínico. Todas participaron de forma voluntaria. Los pases se produjeron individualmente. Al terminar de cumplimentar el MMPI-2, se les explicó que volveríamos a reevaluarlas transcurrida una semana. Para esta nueva medida se las instruía en lo que denominamos *instrucciones de simulación*. Se las alentaba para que en este intervalo de tiempo se formaran o entrenaran en lo que estimaran conveniente, al tiempo que se les informaba que las 4 mejores simulaciones serían recompensadas con 150 euros. Al cabo de una semana, las participantes fueron evaluadas por medio de una *entrevista clínico-forense* (Arce y Fariña, 2001) que fue grabada en vídeo para los subsecuentes análisis. Dos fueron los entrevistadores que recabaron todos los protocolos clínicos y que se repartieron el total de las entrevistas a partes alícuotas. Finalmente, en torno a una semana después, las participantes fueron evaluadas de nuevo a través del MMPI-2 bajo las instrucciones de simulación.

### 1.5. Análisis de los protocolos

Las entrevistas en formato de discurso libre, tras ser grabadas en vídeo, fueron sometidas a un análisis de contenido sistemático. El primer objetivo de este análisis de contenido era detectar criterios diagnósticos del daño psíquico tanto primario como secundario. Para ello, tomamos como categorías de análisis los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático, Ansiedad Generalizada, el Trastorno Depresivo Mayor, las Disfunciones Sexuales y la Inadaptación Social recogidos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Así, creamos un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido, en lo que Weick (1985) ha denominado sistemas de categorías metódicas. En concreto, las categorías de análisis del Trastorno de Estrés Postraumático<sup>103</sup> fueron:

- La reacción de la persona ante el suceso traumático (malos tratos, en este caso) lleva consigo respuestas intensas de temor, desesperanza u horror.
- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de recuerdos desagradables recurrentes e intrusivos del suceso, que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de sueños recurrentes sobre el suceso que provocan malestar.
- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo.
- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de malestar psicológico intenso cuando se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
- La persona reexperimenta el acontecimiento en forma de reactividad fisiológica cuando se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
- La persona realiza esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el trauma.
- La persona realiza esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma.

---

<sup>103</sup> El criterio A1, para nuestro caso, *haber experimentado una herida grave o un riesgo a la integridad física*, se da por supuesto que son los malos tratos de los que se simula el daño.

- La persona presenta incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.
- La persona presenta disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas.
- La persona percibe sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás.
- La persona presenta limitación en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad de enamorarse).
- La persona tiene sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no confía poder realizar una carrera, casarse, tener hijos, tener una esperanza de vida normal).
- La persona presenta dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- La persona manifiesta irritabilidad o explosiones de ira.
- La persona tiene dificultades de concentración.
- La persona vive estados de hipervigilancia.
- La persona muestra respuestas de alarma exagerada.
- El acontecimiento ha ocasionado un malestar clínico o ha causado una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral, familiar, de relaciones interpersonales o de pareja. Este último criterio (Criterio F) del Trastorno de Estrés Postraumático fue descompuesto en una medida de los diferentes niveles de adaptación, creándose las siguientes categorías de análisis (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997): deterioro laboral o académico; deterioro social (relaciones de amistad con otras personas); deterioro en la relación de familia; deterioro de la relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla); deterioro clínico significativo.

Por su parte, la depresión fue evaluada a través de los criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Mayor recogidos en el DSM-IV-TR<sup>104</sup>. A saber:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi a diario.
- Anhedonia (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

---

<sup>104</sup> El criterio C, *los síntomas provocan un malestar clínico o ha causado una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral, familiar, de relaciones interpersonales o de pareja* se solapa con el criterio F del TEP por lo que no se repite su codificación.

- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi a diario.
- Insomnio o hipersomnia casi a diario.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi a diario.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi a diario (no simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión casi a diario (ya sea una atribución subjetiva o una observación externa).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los criterios diagnósticos codificados de la Ansiedad Generalizada<sup>105</sup> tomados del DSM-IV-TR fueron:

- Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades.
- Al individuo le resulta difícil controlar este estado constante de preocupación.
- Inquietud o impaciencia.
- Tensión muscular.

La categoría Inadaptación Social se refiere a la afectación de la vida normal ordinaria —trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar— a causa de los malos tratos; en tanto la categoría Disfunciones Sexuales se manifiesta en un síntoma sexual que en las mujeres se materializa en la indiferencia sexual, menstruaciones irregulares o excesivas.

---

<sup>105</sup> Los criterios C *irritabilidad, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco* y *alteraciones del sueño*, y el criterio E *deterioro significativo clínico, laboral, social o de otras áreas significativas* no se han codificado porque sería redundante su codificación al haber sido codificados previamente en el TEP o el Trastorno Depresivo Mayor.

La detección de las categorías respondía a dos métodos complementarios: expresión directa del sujeto e inferencias de los codificadores tras analizar los protocolos. Por ejemplo, el deterioro de memoria puede ser manifestado directamente por el sujeto o ser inferido por el codificador tras la entrevista.

Tras el análisis de contenido de la sintomatología clínica de cada protocolo, los codificadores evaluaban si, a tenor de los criterios detectados, se cumplían o no los criterios diagnósticos del TEP, Trastorno Depresivo Mayor, Ansiedad Generalizada, Inadaptación Social y Disfunciones Sexuales.

A su vez, se codificaron, por los mismos evaluadores pero en distintas tareas, 9 estrategias de simulación a las que los potenciales simuladores recurren a la hora de simular. Para la selección y confección de las categorías seguimos las normas redactadas al respecto por Anguera (1990) con lo que creamos un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido. Las categorías así como su definición se muestran a continuación:

- a) *No cooperación con la evaluación.* Se codifica esta posibilidad cuando el sujeto no mostraba interés en la evaluación o no respondía a la misma (American Psychiatric Association, 2002; Lewis y Saarni, 1993).
- b) *Síntomas sutiles.* Los síntomas sutiles no son síntomas reales, sino problemas cotidianos que se informan como síntomas asociados a una enfermedad mental (p.e., ser desorganizado, falta de motivación, dificultades en la toma de decisiones ordinaria) (Rogers, 1990).
- c) *Síntomas improbables.* Son síntomas improbables aquellos que tienen un carácter fantástico o ridículo (opiniones, actitudes o creencias extrañas) y que no gozan de referentes reales (esto es, se excluyen aquí los síntomas raros) (Rogers, 1990).
- d) *Síntomas obvios.* Éstos son síntomas de carácter psicótico que se relacionan con lo que vulgarmente se conoce como locura o enfermedad mental (Greene, 1980).
- e) *Síntomas raros.* Esta contingencia se da cuando el sujeto dice padecer síntomas que raramente se dan incluso entre poblaciones psiquiátricas reales (Rogers, 1990).

- f) *Combinación de síntomas*. Este indicador de simulación se codifica cuando el participante informa de síntomas reales que difícilmente se dan juntos (v.gr., esquizofrenia y extroversión) (Rogers y Mitchell, 1991).
- g) *Severidad de síntomas*. Esta categoría analiza el grado de severidad de los síntomas manifestados. Es frecuente que los simuladores atribuyan a la sintomatología que dicen padecer una severidad extrema (Rogers y Mitchell, 1991).
- h) *Inconsistencia de síntomas (observados y manifestados)*. Esta categoría tiene por objeto analizar la correspondencia entre los síntomas elicitados por el sujeto y las observaciones del codificador sobre si esos síntomas se corresponden con la actitud, presencia y comportamiento del sujeto (Jaffe y Sharma, 1998).
- i) *Agrupación indiscriminada de síntomas*. El sujeto informa de problemas psiquiátricos de forma indiscriminada (Rogers, 1988).

La unidad de análisis en todas las categorías fue el protocolo.

## **1.6. Entrenamiento de Codificadores**

En este estudio participaron dos codificadores con conocimientos de evaluación psicopatológica, uno de ellos con experiencia previa en codificación de este tipo de material (Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006). Los codificadores fueron exhaustivamente entrenados en éste y otros sistemas de codificación. El entrenamiento consistió, tras presentarles y ejemplificarles cada categoría de análisis, en la ejecución con material del estudio que se desechó, utilizando el índice de concordancia como instrumento de cotejo de la ejecución lo que permitía, constatada inconsistencia, subsanar errores de codificación a través de la contrastación y homogeneización de criterios.

Las definiciones de las categorías de análisis del TEP, del Trastorno Depresivo Mayor y de la Ansiedad Generalizada se correspondían con las de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Asimismo, las definiciones de las Disfunciones

Sexuales e Inadaptación Social también fueron obtenidas del DSM-IV-TR. Por ello, los codificadores contaban en la codificación con dicho manual así como un material con ejemplos de cada categoría obtenido de otros estudios. Además, para la codificación de las estrategias de simulación se les proporcionó un manual de creación propia con la definición de las categorías de análisis y ejemplos de cada categoría, tomados fundamentalmente de la escala *Structured Interview of Reported Symptoms*, SIRS, (Rogers, 1992).

### **1.7. Análisis de la fiabilidad de las entrevistas y codificaciones**

Los dos entrevistadores del estudio, entrenados y con experiencia en la *entrevista clínico-forense*, obtuvieron unos protocolos similares, tanto en términos de la sintomatología observada  $F(1;99)=0,97$ ; ns, como en las estrategias de simulación detectadas,  $F(1;99)=1,67$ ; ns. En suma, las entrevistas no están contaminadas por el factor entrevistador. A su vez, estos entrevistadores también se habían mostrado consistentes y productivos en otros estudios (p.e., Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2006).

Los protocolos clínicos procedentes de las entrevistas se dividieron en dos mitades equivalentes, de modo que cada codificador examinó en torno al 50% de las entrevistas, que se distribuyeron de manera aleatoria entre ambos. De este modo, uno de ellos analizó 51 protocolos y el otro los restantes 50.

Para calcular la consistencia intra-jueces, los codificadores repitieron, una semana después del fin de la codificación original, 10 (en torno al 20%) de las entrevistas que ellos mismos habían evaluado. Asimismo y para obtener la medida de la consistencia inter-jueces, cada codificador examinó otros 10 protocolos que inicialmente había registrado el otro codificador.

Tabla 1. Índice de concordancia de las codificaciones.

VARIABLE	INTRA1	INTRA2	INTER1-2	INTER2-1
Temor intenso	,9	1	1	1
Recuerdos recurrentes	1	1	1	,9
Sueños recurrentes	1	1	1	1
Flashback	1	1	1	1
Malestar psicológico intenso	1	1	,9	1
Respuestas fisiológicas	1	1	1	1
Evitación de pensamientos	1	1	1	1
Evitación de actividades	1	1	1	1
Incapacidad recuerdo	1	1	1	1
Reducción interés en actividades	1	1	1	1
Sensación de desapego	1	1	1	,9
Restricción de la vida afectiva	1	1	1	,9
Futuro desolador	1	1	1	1
Dificultades para mantener sueño	1	1	,8	1
Irritabilidad o ira	,9	1	1	1
Dificultades de concentración	1	1	1	1
Hipervigilancia	,8	1	1	1
Respuestas exageradas sobresalto	1	1	1	,9
Deterioro laboral	1	1	1	1
Deterioro social	1	1	1	1
Deterioro en la relación de pareja	1	1	1	1
Deterioro en la relación familiar	1	1	1	1
Malestar clínico significativo	1	1	1	1
Disfunciones sexuales	1	1	1	1
Inadaptación social	1	1	1	1
Estado de ánimo depresivo	1	1	,9	,8
Anhedonia	1	1	1	1
Pérdida o aumento de peso	1	1	1	1
Alteraciones del sueño	1	1	1	1
Agitación/enlentecimiento psicomotor	1	1	1	1



Fatiga	1	1	,9	1
Sentimientos de inutilidad	1	1	,9	1
Disminución de capacidades	1	1	1	1
Ideación suicida	1	1	1	1
Ansiedad y preocupación excesivas	1	1	1	1
Dificultad controlar preocupación	1	1	1	1
Inquietud o impaciencia	1	1	1	1
Tensión muscular	1	1	1	1
Combinación de síntomas	1	1	1	1
Síntomas obvios	1	1	1	1
Síntomas sutiles	,8	,9	,8	,9
Síntomas raros	1	1	1	1
Síntomas improbables	1	1	1	1
Severidad de síntomas	,9	1	,9	1
No cooperación con evaluación	1	1	1	1
Inconsistencia de síntomas	1	1	1	1
Agrupación indiscriminada síntomas	1	1	1	1

Nota: IC= Acuerdos/(acuerdos+desacuerdos). El criterio A1 del TEP, *haber experimentado una herida grave o un riesgo a la integridad física*, se asume en todos los casos ya que sería el maltrato del que se simula el daño psíquico.

Se consideran evaluaciones concordantes aquellas que superan el punto de corte de IC  $\geq 0,80$  (Tversky, 1977), que es más restrictivo que los valores kappa. Contrastados nuestros resultados, que pueden verse en la Tabla 1, para los síntomas clínicos y las estrategias de simulación, podemos sostener que las evaluaciones son consistentes inter-e intra-evaluadores, en el tiempo e inter-contextos. En suma, los datos son fiables (Wicker, 1975).



## 2. RESULTADOS

### 2.1 Estudio de la simulación en las escalas clínicas básicas del MMPI-2

El primer interrogante a responder era conocer si las participantes, en general, eran capaces de simular la huella psíquica propia de los malos tratos, esto es, un TEP y los trastornos secundarios. Así, tomando el punto de corte de 70 en puntuaciones típicas, referente a partir del cual se consideran patológicas las puntuaciones, podemos analizar qué daño psíquico asocian los sujetos a los malos tratos. Los resultados, que pueden verse en la Tabla 2, muestran que las participantes reconocen como daño psíquico propio de los malos tratos un cuadro comórbido compuesto por Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Introversión Social, y Trastorno de Estrés Postraumático (Escala Pk y Escala Ps). Complementariamente, discriminan como impropios de los malos tratos trastornos en las dimensiones Masculinidad-Feminidad e Hipomanía.

Estos resultados ponen de manifiesto que las emuladoras de víctimas de violencia de género disponen de las destrezas suficientes para simular tanto la huella psíquica de los malos tratos (i.e., TEP, depresión, introversión social) como para discriminar efectivamente ciertos trastornos no relacionados con los malos tratos. No obstante, simulan otros trastornos no vinculados a la huella psíquica de la violencia de género (p.e., desviación psicopática, psicastenia y esquizofrenia).

Tabla 2. T para una muestra con el valor de prueba de 70. Respuestas simuladas.

Escalas clínicas	t	p	M	Sx
Hipocondría	8,137	,000	81,079	13,683
Depresión	5,725	,000	77,207	12,654
Histeria	3,546	,001	73,990	11,309
Desviación psicopática	3,018	,003	73,000	9,989
Masculinidad-feminidad	-17,826	,000	50,118	11,208

Paranoia	9,141	,000	85,089	16,589
Psicastenia	9,141	,000	74,752	11,273
Esquizofrenia	11,088	,000	88,802	17,041
Hipomanía	-6,763	,000	63,613	9,490
Introversión social	1,309	,193	71,564	12,006
Escala Pk	9,616	,000	80,386	10,854
<u>Escala Ps</u>	<u>7,957</u>	<u>,000</u>	<u>78,633</u>	<u>10,904</u>

Nota: G.L.(100).

## 2.2. Estudio del cambio en la evaluación clínica en el MMPI-2

Encontramos diferencias multivariadas en las escalas clínicas básicas del MMPI-2 mediadas por el factor instrucciones (estándar vs. simulación),  $F_{\text{multivariada}}(10;91)=52,466$ ;  $p<,001$ ;  $\eta^2=0,852$ . Además, la magnitud del efecto de las instrucciones es muy elevada ya que explica el 85% de la varianza.

Los efectos univariados, que pueden verse en la Tabla 3, muestran diferencias significativas en todas las variables clínicas a excepción de la Masculinidad-Feminidad. A su vez, la dirección de los efectos se produce en la dirección esperada; esto es, un aumento en las puntuaciones en la condición de simulación con lo que las participantes, en principio, presentan una aptitud general de simulación. Dicha aptitud es, además, efectiva en la medida indirecta por excelencia del daño psíquico producido por el maltrato: la Depresión (i.e., Bryant y Harvey, 1995; Echeburúa y Corral, 1995, 1998; Freyd, 1996; Taylor y Koch, 1995; Vallejo-Pareja, 1998). También, la Introversión Social, que las evaluaciones de la victimación provocada por los malos tratos asocian a ésta como una de las medidas de la Inadaptación Social, aumenta en la condición de simulación, siendo el incremento de tal intensidad que estaríamos ante una patología. Asimismo se produce una elevación significativa y de tal dimensión que estaríamos ante un indicio de patología severa ( $T>70$ ), en línea con la simulación, en las escalas de la tríada

psicótica (Paranoia, Esquizofrenia y Psicastenia) al igual que en las medidas de Desviación Psicopática, Histeria e Hipocondriasis. Estas patologías no están directamente ligadas a las secuelas psíquicas de los malos tratos por lo que, en este caso, no han ejecutado correctamente. Finalmente, observamos un cambio hacia la patología en la variable Hipomanía, pero éste no llega a ser de tal calibre ( $T < 70$ ) para que nos hallemos ante la simulación de un trastorno maníaco severo sino moderado. En otras palabras, no discriminan efectivamente entre los esperados síntomas depresivos e introversión social y los no esperados de orden psicótico, Desviación Psicopática, Histeria, Hipocondriasis e Hipomanía.

Tabla 3. Efectos univariados en las escalas clínicas básicas del MMPI-2 por el factor instrucciones. Efectos intra-sujetos.

Escalas	MC	F	p	Eta <sup>2</sup>	M <sub>ie</sub>	M <sub>is</sub>	1-B
Hipocondriasis	35769,03	242,47	,000	,708	54,46	81,08	1,000
Depresión	37302,14	248,41	,000	,713	50,03	77,21	1,000
Histeria	23075,65	207,13	,000	,674	52,61	73,99	1,000
Desviación Psicopática	28372,46	348,96	,000	,777	49,3	73,00	1,000
Masculinidad-feminidad	163,98	1,98	,162	,019	51,92	50,12	,286
Psicastenia	27595,65	214,25	,000	,682	51,38	74,75	1,000
Paranoia	61862,50	260,9	,000	,723	50,09	85,09	1,000
Esquizofrenia	79406,06	443,45	,000	,816	49,15	88,8	1,000
Hipomanía	7710,42	132,38	,000	,570	51,26	63,61	1,000
Introversión Social	22459,9	202,16	,000	,669	50,48	71,56	1,000

Nota: G.L.(1;100). M<sub>ie</sub>= Media de la condición *instrucciones estándar*. M<sub>is</sub>= Media de la condición *instrucciones de simulación*.

Por su parte, en las escalas específicas de medida del TEP, que conforma el cuadro clínico del diagnóstico primario de las secuelas de malos tratos en la práctica forense (Bryant y Harvey, 1995; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1998; Freyd, 1996; Taylor y Koch, 1995; Vallejo-Pareja, 1998; US National Comorbidity Survey), las escalas Pk y Ps (ver la Tabla 4), constatamos un efecto significativo modulado por el factor instrucciones. En concreto, las simuladoras pasan de la normalidad ( $T \pm 50$ ), en la condición estándar, a una impresión diagnóstica de padecer un Trastorno de Estrés Postraumático ( $T > 70$ ). En resumen, las mujeres de

la muestra no padecían este trastorno y fueron capaces de simularlo a la vez que entendieron que está ligado a la huella psíquica producida por malos tratos.

Tabla 4. Efectos intra-sujetos. Escalas de medida del TEP por el factor *instrucciones*.

Escalas	MC	F	p	Eta <sup>2</sup>	M <sub>ie</sub>	M <sub>is</sub>	1-B
Escala PK	46901,41	614,45	,000	,860	49,91	80,39	1,000
Escala Ps	41146,98	530,21	,000	,841	50,09	78,63	1,000

Nota: G.L.(1,100). M<sub>ie</sub>= Media de la condición *instrucciones estándar*. M<sub>is</sub>= Media de la condición *instrucciones de simulación*.

El estudio de casos nos advierte que 85 (84,2%) mujeres pudieron simular en las escalas Pk y Ps que padecían un TEP sin realmente sufrirlo. Si el objeto de contraste fuera un cuadro comórbido compuesto por TEP y Depresión, la capacidad de simulación sería la misma, en tanto que si se coteja un cuadro compuesto por TEP, Depresión e Introversión Social, el potencial de simulación estaría presente en 59 mujeres (58,4%).

### 2.3. Estudio de la simulación en las escalas originales de validez del MMPI-2

#### 2.3.1. Estudio del cambio en las escalas originales de validez del MMPI-2

Mediante un contraste multivariado hallamos que las escalas de control de la validez de las respuestas son sensibles a la manipulación del factor simulación (instrucciones estándar vs. instrucciones de simulación),  $F_{\text{multivariada}}(4;97)=72,107$ ;  $p<,001$ ;  $\eta^2=,748$ . Además, este factor da cuenta del 74,8% de la varianza.

Tabla 5. Contrastes univariados. Efecto de las instrucciones en las escalas de control del MMPI-2. Pruebas de los efectos intra-sujetos.

<u>Escalas de control de validez</u>	<u>MC</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>eta<sup>2</sup></u>	<u>Mie</u>	<u>Mis</u>	<u>1-B</u>
Escala ? (No Respuestas)	30,12	7,49	,007	,070	1,45	,67	,774
Escala L (Mentira)	399,29	5,2	,025	,049	53,03	50,22	,617
Escala F (Incoherencia)	97416,32	294,48	,000	,747	50,26	94,18	1
Escala K ( Factor Corrector)	3543,15	56,75	,000	,362	49,42	41,04	1

Nota: G.L.(1;100).  $M_{ie}$ = Media de la condición *instrucciones estándar*.  $M_{is}$ = Media de la condición *instrucciones de simulación*.

Los contrastes univariados (consúltese la Tabla 5) informan de una elevación significativa en los valores de la Escala F (Incoherencia), y de un descenso en las Escalas K (Factor Corrector), L (Mentira) e Interrogantes (Escala de No Respuestas). Estos resultados alertarían de una posible funcionalidad de las escalas de validez ?, L, F y K en el contexto forense para la identificación de la simulación.

### **2.3.2. Estudio de la potencia estadística y de clasificación clínica de las escalas originales de validez**

Conocido el posible potencial de uso de estas escalas de validez para la detección de la simulación de la huella psíquica propia del maltrato, el siguiente paso a dar era averiguar la potencia estadística y la direccionalidad de la sensibilidad mostrada ante la simulación, a la vez que la robustez en la clasificación de casos, esto es, con diseños de  $n=1$  tal y como es propio de la práctica forense.

El modelo criminológico (Bagby, Rogers, Buis, Nicholson, Cameron, Rector, Schuller y Seeman, 1997; Lewis y Saarni, 1993; Rogers, 1992) y la American Psychiatric Association (2002) en el DSM-IV-TR defienden como estrategia central de simulación la falta de cooperación del sujeto en la evaluación. Ésta se mide a través de la Escala de No Respuestas. Los resultados al respecto evidencian un comportamiento contrario al hipotetizado por el modelo pues es mayor el número de

no respuestas en la condición *instrucciones estándar* que bajo la condición *instrucciones de simulación*. Partiendo de la base de que el punto de corte fijado para la invalidación de un protocolo está en 30 o más no respuestas (Butcher y Williams, 1992), el estudio de casos no invalida ninguno ni en las respuestas bajo la condición estándar ni de simulación. Por tanto, esta medida de la simulación resulta totalmente inefectiva para el caso que nos ocupa.

En la Escala F (Incoherencia), que evalúa incoherencia en las respuestas (ver Tabla 5), se observa un ascenso significativo (Graham, 2000; Roig-Fusté, 1993) en la puntuación T que pasa de *registros aceptables* ( $M=50,26$ ) en la condición *instrucciones estándar*, a *perfil invalidado* ( $T>70$ )<sup>106</sup> por posible exageración de síntomas o simulación de enfermedad mental en la condición *instrucciones de simulación*. El estudio de casos revela que este índice clasifica correctamente al 81,2% de las simuladoras lo que lo convierte en un indicador fiable,  $\chi^2(1)=39,29$ ;  $p<,001$ . Ahora bien, el 18,8% de las participantes sobrepasaría este control de validez, dato que se aparta del criterio de significatividad estadística ( $<,05$ ),  $Z(101)=6,36$ ;  $p<,001$ . En otras palabras, esta medida de validez permite un margen de error en la identificación de las simuladoras más allá del tolerable estadísticamente.

Por su parte, en el Factor K, Escala de Defensividad, advertimos un decremento significativo (ver Tabla 5) en la puntuación T mediado por el factor instrucciones. Dicho cambio, además, va en línea con las predicciones de la simulación (puntuaciones T menores de 50 sugieren la posible simulación de un deterioro o exageración de síntomas, véase Arce, Fariña y Pampillón, 2002; Graham, 2000; Roig-Fusté, 1993): perfil válido en la condición de *instrucciones estándar* a perfil invalidado en la condición de *instrucciones de simulación*. A su vez,

<sup>106</sup> Si bien no todos los autores y estudios coinciden exactamente en esta puntuación como punto de corte para todas las escalas de validez (p.e., Sánchez, 2002), ha de tenerse en cuenta que se trata de puntuaciones T lo que implica que aquella puntuación que se aleje dos desviaciones típicas de la media se aparta de la normalidad. Por tanto, los puntos de corte estadísticamente estimados se corresponde con puntuaciones T de 70; esto es, dos desviaciones típicas de la medida. En todo caso, las oscilaciones son mínimas y no superiores a los 3 ó 5 puntos, y resultado de estudios de campo que adolecen de una capacidad de generalización tan precisa.



el estudio de casos pone de manifiesto que el 89,1% de las simuladoras son correctamente identificadas por esta escala como tales (es decir,  $T < 50$ ), de lo que se desprende que es un estimador fiable,  $\chi^2(1) = 61,79$ ;  $p < ,001$ . Aún así, el 10,9% de los sujetos superaría este control de validez, dato que supera el criterio de significatividad estadística ( $< ,05$ ),  $Z(101) = 2,72$ ;  $p < ,01$ . En otras palabras, esta escala permite un margen de error en la detección de la simulación más allá de lo aceptable estadísticamente.

Complementariamente, la Escala K informa de disimulación ( $T > 70$ , Graham, 2000; Roig-Fusté, 1993). En nuestro caso, ninguna participante presentó una puntuación que advirtiera de disimulación. Finalmente, en la Escala L (Mentira), que estima la tendencia a la deseabilidad social en las respuestas, hallamos un cambio significativo modulado por el factor instrucciones de modo que las participantes en la condición de *instrucciones de simulación*, como era de esperar por ser ésta inversa a la simulación, evidencian, en contraste con las respuestas bajo la condición de *instrucciones estándar*, una tendencia de respuesta más contraria a la deseabilidad social. El estudio de casos determinó que ninguna participante alcanzó, en la condición de simulación, una puntuación invalidante. De este modo, una puntuación acorde o en dirección a la deseabilidad social pasa a ser un indicador relevante de no simulación.

### 2.3.3. Configuraciones de las escalas de validez

Duckworth y Anderson (1995) han identificado dos combinaciones de las escalas de validez como unos procedimientos realmente fiables en la detección correcta de simuladores: El *índice F-K*, o *índice de Gough*, y el *perfil en V invertida*.

El *índice F-K*, también conocido como *índice de Gough*, informa, si la diferencia es positiva y mayor o igual a 30 (Rogers, Sewell y Salekin, 1994), de intentos de dar una mala imagen. Nuestros datos, en la condición de *instrucciones de simulación*, muestran un *índice F-K* promedio superior ( $M = 53,14$ ;  $S_x = 30,32$ ) a 30,  $t(100) = 7,67$ ;  $p < ,001$ , es decir, el *índice F-K* informa que las participantes han intentado dar una buena imagen. En la clasificación de casos, el *índice F-K* identifica

correctamente al 79,2% de los simuladores que lo sitúa como un índice fiable de simulación,  $X^2(1)=34,46$ ;  $p<,001$ , pero permite un margen de error, el 20,8%, mayor que el criterio de significatividad estadística,  $Z(101)=7,28$ ;  $p<,001$ . En suma, el *índice de Gough* es un estimador fiable de simulación de la huella psíquica en casos de violencia de género pero, al mismo tiempo, deja un margen de error significativo al no informar de simulación estando ésta presente. Además, el *índice de Gough* puede dar entrada a otra hipótesis interpretativa: intentos de presentar una buena imagen de sí mismos, o sea, disimulación, cuando es fuertemente negativo ( $P.D.>-9$ , Jiménez y Sánchez, 2003). El estudio de casos no ha registrado ninguno bajo esta contingencia. Por tanto, una puntuación fuertemente negativa se convierte en un indicio robusto de no simulación.

El *perfil en V invertida*, con L y K por debajo de 50 y F por encima de 80, sugiere la posibilidad de exageración de síntomas (Roig-Fusté, 1993). En nuestro caso, esta configuración clasifica correctamente a 43 participantes como simuladoras (42,5%) lo que le confiere un estatus de estimador para la detección de simulación de malos tratos igual al azar,  $X^2(1)=2,22$ ; ns. En otras palabras, no es un indicador fiable de simulación. La medida complementaria del *perfil en V invertida*, el *perfil en V* (L y K  $>70$  y F  $<50$ , Graham, 2000; Lachar, 1974; Roig-Fusté, 1993), que advierte de disimulación, no clasifica ningún protocolo dentro de la disimulación, esto es, la observación de un *perfil en V* conforma un pronóstico fiable de no simulación.

#### 2.3.4. Estudio de las escalas adicionales de control de la validez del MMPI-2

Las escalas adicionales de validez y en fase experimental del MMPI-2, Fb Posterior, TRIN y VRIN, son sensibles al factor instrucciones (ver tabla 6). En concreto, la Escala Fb Posterior, similar a la Escala F original, pasa de situar a los sujetos en la condición estándar en registros aceptables ( $M=50,14$ ) a invalidar los protocolos por exageración de desajustes o fingir enfermedad mental ( $T>70$ , véase Graham, 2000; Roig-Fusté, 1993). Este índice clasifica correctamente al 70,5% de los participantes lo que lo convierte en un indicador fiable,  $\chi^2(1)=19,29$ ;  $p<,001$ . No obstante, cabe destacar que, tras un estudio de casos, observamos que los sujetos detectados por la Escala Fb Posterior eran las mismas que las no validadas por la

Escala F original. Las escalas TRIN y VRIN también resultaron sensibles al factor instrucciones pero no invalidan los resultados ( $PD > 14$ ) de la condición *instrucciones de simulación*. Aún es más, en la condición *instrucciones de simulación* la media ( $M_s = 9,85$  y  $6,86$  para TRIN y VRIN, respectivamente) se aleja más de la invalidez que en la condición *instrucciones estándar* ( $M_s = 10,44$  y  $8,15$  para TRIN y VRIN, respectivamente). El estudio de casos evidenció una práctica improductividad de ambas escalas: un caso en la escala TRIN y dos en la VRIN. En suma, la Escala Fb Posterior se solapa con la Escala F original con lo que no presenta valor añadido alguno. Por ello, tomar estos dos indicadores conjuntamente supondría un error de medida. Además, la Escala Fb Posterior se relaciona con las escalas Suplementarias y de Contenido, mientras que la Escala F original lo hace con las escalas clínicas básicas, con lo que es menos aplicable en nuestro caso. Por su parte, las escalas VRIN y TRIN presentan, además de una ineficacia en la clasificación de casos, unos cambios en dirección contraria a las predicciones del modelo para la simulación con lo que se descarta su validez predictiva.

Tabla 6. Efectos univariados en las escalas adicionales de control del MMPI-2 mediados por el factor instrucciones. Efectos intra-sujetos.

Variables	MC	F	p	eta <sup>2</sup>	$M_{ie}$	$M_{is}$	1-B
Fb Posterior	109962,22	376,12	,000	,790	50,14	96,8	1,000
TRIN	17,82	8,48	,004	,078	10,15	9,91	,822
VRIN	83,66	15,12	,000	,131	8,15	6,86	,971

Nota: G.L.(1;100).  $M_{ie}$  = Media de la condición *instrucciones estándar*.  $M_{is}$  = Media de la condición *instrucciones de simulación*.

#### **2.4. Estudio global de la detección de la simulación a través de los indicadores de validez del MMPI-2**

La consistencia en los resultados de la evaluación es una condición necesaria para que se pueda concluir tanto judicialmente (v. gr., Sentencia del TS de 8 de febrero de 1995, RJ 808; Sentencia del TS de 18 de noviembre, RJ 7987; Wigmore, 1937) como en la prueba psicológico-judicial (p.e., Hans y Vidmar, 1986; Hastie, Penrod y Pennington, 1983). Asimismo, para que un perfil sea invalidado, en nuestro

caso por simulación, se requiere que en, al menos, dos de las escalas originales de validez relevantes para la simulación (F y K) o de sus combinaciones (el *índice F-K* y *perfil en V invertida*) los sujetos presenten puntuaciones invalidantes (Lachar, 1974; Roig-Fusté, 1993). Por ello procedimos a estudiar el efecto acumulativo de estos índices y sus configuraciones. Los resultados, cuyas contingencias pueden verse en la Tabla 7, muestran que dos o más indicadores coinciden en la calificación como simuladoras en 87 participantes (86,14%) lo que les confiere un alto valor diagnóstico de simulación,  $X^2(1)=52,76$ ;  $p<,001$ . No obstante, 4 no son detectados por ningún indicador y 10 sólo por uno. En otras palabras, la falta de concordancia inter-índices abre una región de duda en torno a la calificación como simuladoras de 14 sujetos (13,86%), que es mayor que el margen de error asumible estadísticamente,  $Z(101)=4,08$ ;  $p<,001$ . Además, estas 14 simularon en la medida directa del daño esperado, el TEP, y 9 también los trastornos secundarios, depresión e introversión social. Ahora bien, de igual manera simularon otros daños no esperados (p. e., desviación psicopática) pero, al mismo tiempo, discriminaron otros correctamente (v. gr., esquizofrenia). En resumen, el análisis de la consistencia interna del perfil clínico observado puede resultar de interés pero no sería una prueba definitiva.

Tabla 7. Índices de validez y simuladores detectados.

<u>Número de índices</u>	<u>Simuladores detectados</u>
0	4
1	10
<u>2 o más</u>	<u>87</u>

Nota: Dados los resultados anteriores se excluyen de este recuento los indicadores adicionales de validez bien por ser inefectivos bien por conformar una duplicidad de medidas.

## 2.5. Estudio de la simulación en una tarea de conocimiento: la *entrevista clínico-forense*

En las entrevistas simuladas de daño psíquico asociado a un maltrato (ver Tabla 8), se observa que las participantes presentan los siguientes criterios propios de un TEP más allá de lo esperado por azar (probabilidad  $>.05$ ), o sea, constituyen sintomatología accesible: a) respuestas intensas de miedo; b) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones; c) malestar psicológico al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático; d) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas; e) sensación de desapego; f) restricción de la vida efectiva; g) futuro desolador; h) dificultades para conciliar o mantener el sueño; i) dificultades de concentración; y j) un deterioro significativo consecuencia del malos tratos en el ámbito familiar en las áreas de trabajo, vida social, en otras áreas importantes en la actividad de la persona (familiar y de relación de pareja) y malestar clínico significativo. En resumen, de los criterios diagnósticos del TEP recogidos en el DSM-IV-TR resultan accesibles a la simulación los dos Criterios A (v. gr., el maltrato en sí y haber respondido con un temor, una desesperanza o un terror intensos); dos de los Criterios B (recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones; y malestar psicológico al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático); cuatro de los Criterios C (esto es, evitación actividades, sensación de desapego, distanciamiento de los demás, limitación en la vida afectiva, futuro desolador); dos de los Criterios D (i.e., dificultades para conciliar y mantener el sueño y dificultades para concentrarse); y el Criterio F en su totalidad (malestar clínico significativo y deterioro en la actividad social, laboral y en otras áreas importantes de la actividad del individuo, en este caso, las relaciones con la familia o las expectativas de futuras relaciones de pareja). En términos operativos, son accesibles a la simulación los criterios A (los dos síntomas), B (más de un síntoma), C (tres o más síntomas), D

(uno o más) y F con lo que, en general, los criterios diagnósticos para la simulación de un TEP son asequibles para las simuladoras de malos tratos.

Tabla 8. Análisis de la sintomatología accesible y sutil en el TEP. Valor de prueba ,05.

VARIABLE	Proporción observada	Z	p
<b>CRITERIO A</b>			
Temor intenso	,495	20,5	,001
<b>CRITERIO B</b>			
Recuerdos recurrentes	,128	3,59	,001
Sueños recurrentes	,019	-1,42	ns
Flashback	,000	----	----
Malestar psicológico intenso	,093	1,98	,05
Respuestas fisiológicas	,029	-0,96	ns
<b>CRITERIO C</b>			
Evitación de pensamientos	,000	----	----
Evitación de actividades	,079	1,33	ns
Incapacidad recuerdo	,000	----	---
Reducción interés en actividades	,594	20,06	,001
Sensación de desapego	,336	13,17	,001
Restricción de la vida afectiva	,237	8,61	,001
Futuro desolador	,099	2,25	,05
<b>CRITERIO D</b>			
Dificultades para mantener el sueño	,128	3,59	,001
Irritabilidad o ira	,079	1,33	ns
Dificultades de concentración	,148	4,51	,001
Hipervigilancia	,019	-1,42	ns
Respuestas exageradas de sobresalto	,029	-0,96	ns
<b>CRITERIO F</b>			
Deterioro laboral	,463	19,03	,001
Deterioro social	,62	26,27	,001

Deterioro otras áreas	,815	35,25	,001
Malestar clínico significativo	,481	19,86	,001

Nota: n=101. El criterio A1 del TEP, *haber experimentado una herida grave o un riesgo a la integridad física*, se asume en todos los casos ya que sería el maltrato que se denuncia y del que se simula el daño psíquico.

De estos mismos datos (ver Tabla 8) también se desprende que hay una sintomatología sutil ( $p \leq .05$ ): a) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que provocan malestar; b) sensación de que el hecho traumático está ocurriendo; c) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos asociados al trauma; d) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el hecho traumático; e) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma; f) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; g) irritabilidad o ataques de ira; h) hipervigilancia; y i) respuestas exageradas de sobresalto. En consecuencia, el informe de estos síntomas en casos reales ha de entenderse como un signo de realidad.

Por su parte, el análisis de los daños secundarios también revela que todos ellos (v. gr., Depresión, Disfunciones Sexuales, Ansiedad Generalizada, Inadaptación Social) son accesibles a la simulación (ver Tabla 9). Sucintamente, de estos síndromes son accesibles a la simulación todos los síntomas a excepción de la pérdida o aumento de peso, la agitación o enlentecimiento psicomotor, la ansiedad o preocupación excesivas, dificultades para controlar la preocupación, inquietud o impaciencia, y tensión muscular, que constituyen sintomatología sutil.

Tabla 9. Análisis de la sintomatología accesible y sutil en los daños secundarios.  
Valor de prueba ,05.

VARIABLE	Proporción observada	Z	p
Disfunciones sexuales	,198	6,82	,001
Inadaptación social	,926	40,37	,001
Estado de ánimo depresivo	,327	12,76	,001

Anhedonia	,614	25,99	,001
Pérdida o aumento de peso	,109	2,71	,01
Alteraciones del sueño	,139	4,1	,001
Agitación o enlentecimiento psicomotor	,05	0	ns
Fatiga	,248	9,12	,001
Sentimientos de inutilidad	,406	16,4	,001
Disminución de capacidades	,158	4,98	,001
Ideación suicida	,168	5,44	,001
Ansiedad y preocupación excesivas	,04	-,46	ns
Dificultad controlar preocupación	0	---	---
Inquietud o impaciencia	,03	-,92	ns
Tensión muscular	,02	-1,38	ns

Nota: El criterio C del Trastorno Depresivo Mayor se solapa con el Criterio F del TEP (véase, por tanto, la Tabla 9) y el Criterio E es a valorar en cada caso y requiere de un seguimiento pero ha de entenderse que la duración, si los episodios de malos tratos son continuos, es superior a 3 meses. Esto mismo es aplicable al Criterio A del Trastorno de Ansiedad Generalizada, pero el seguimiento ha de ser de 6 meses. Asimismo, los criterios C del Trastorno de Ansiedad Generalizada “irritabilidad”, “alteraciones del sueño” y “dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco” y deterioro significativo clínico, laboral, social o de otras áreas significativas también son propios del TEP (véase, por tanto, la Tabla 9).

El estudio de casos clínicos nos advierte que 3 (2,9%) de las participantes fueron capaces de simular efectivamente la sintomatología en la medida directa (y complementariamente, en las medidas indirectas) vinculada con las secuelas psíquicas de la victimación de violencia de género. En suma, la accesibilidad de la simulación en la tarea de conocimiento es igual al margen de error estadísticamente aceptable ( $,05$ ),  $Z(101) = ,95$ ; ns., y el grado de dificultad de simulación es mayor en la tarea de conocimiento ( $,029\%$ ) que en la de reconocimiento ( $,842$ ),  $\chi^2(1, n=101) = 76,4$ ;  $p < ,001$ .



## 2.6. Estudio de las estrategias de simulación en la *entrevista clínico-forense*

El primer dato reseñable es que ninguna de las participantes recurrió en la tarea de conocimiento a la estrategia general descrita en el modelo criminológico (American Psychiatric Association, 2002) *la no cooperación con la evaluación*, ni a proceder a señalar *síntomas obvios*, *síntomas improbables*, *síntomas raros*, una *combinación de síntomas* o una *agrupación indiscriminada de síntomas*. Por su parte, las simuladoras (ver Tabla 10) acudieron con una frecuencia significativa ( $>,05$ ) a las estrategias de simulación *síntomas sutiles* (no informa de síntomas reales sino de problemas cotidianos) y *severidad de síntomas* (atribución sistemática a los síntomas padecidos de una severidad extrema). Finalmente, hallamos que raramente se detecta en las simulaciones una inconsistencia entre la sintomatología manifestada y la observada, esto es, una *falta de consistencia*. Acumulativamente, las participantes utilizaron alguna de las estrategias habituales de simulación en el 57,4% de los protocolos con lo que esta herramienta para la detección de la simulación es no es más fiable que el azar ( $p=,5$ ),  $\chi^2(1, n=101)=2,22$ ; ns. Más en concreto, en las tres simuladoras efectivas en la tarea de conocimiento no se encontró que recurrieran a alguna de las estrategias de simulación.

Tabla 10. Evaluación de la capacidad de detección de las estrategias de simulación.  
Valor de prueba ,05.

<u>Estrategia</u>	<u>Proporción observada</u>	<u>Z</u>	<u>p</u>
Síntomas sutiles	,475	21,88	,001
Inconsistencia de síntomas	,039	-0,5	ns
Severidad de síntomas	,217	7,69	,001

Nota: n=101.

## 2.7. Estudio global de la detección de la simulación

Para que judicialmente una prueba se tome como válida precisa de su demostración y de consistencia en la medida. Partiendo de la base de que sólo tres participantes lograron simular TEP en la *entrevista clínico-forense*, encontramos que éstas también simularon las medidas directas e indirectas en la medida psicométrica. Por su lado, las medidas de control de la validez de la entrevista no las detectaron como simuladoras pero sí las medidas de control de la validez del MMPI. En concreto, no menos de 3 medidas de control informaron de posible simulación lo que es un indicio fiable de la misma. A su vez, un análisis de la consistencia inter-medidas, más allá de la medida de la huella psíquica de los malos tratos, advierte de otras patologías en la medida psicométrica no presentes en la entrevista. Sucintamente, se observa que en la medida psicométrica, estas participantes asumieron todo tipo de sintomatología a la vez que atribuyeron una gran severidad a la misma en tanto en la tarea de conocimiento no dieron muestras de estos otros síntomas. En consecuencia, la falta de consistencia inter-medidas ha de tomarse como un criterio productivo en el estudio de la simulación.

### 3. DISCUSIÓN

Los anteriores resultados merecen una serie de matizaciones sobre el alcance de los mismos previamente a la discusión. Primero, las participantes cumplieron una tarea de simulación con lo que la implicación en la tarea es presumiblemente menor que en casos reales (Konecni y Ebbesen, 1992) y los resultados han de generalizarse a contextos reales con ciertas salvedades (Fariña, Arce y Real, 1994). Segundo, los resultados de este estudio no pueden generalizarse a otros instrumentos de medida (véase Smith, 1997). Tercero, los resultados no pueden generalizarse a otras tipologías de delitos que produzcan otras secuelas psíquicas (véase la US National Comorbidity Survey). Cuarto, nuestros sujetos son sólo simuladoras con lo que no disponemos de verdaderas víctimas enfermas para contrastarlas con las simuladoras y acercarnos a los *falsos positivos*.

Con estas salvaguardas en mente, de los anteriores resultados se pueden derivar las siguientes conclusiones:

- a) Ninguno de los procedimientos de control de la simulación sometidos a prueba es por sí mismo totalmente efectivo y válido para la detección de la simulación. Por ello, es necesario adoptar una perspectiva multimétodo.
- b) Los anteriores resultados permiten dibujar la existencia de dos agrupaciones de criterios en torno a la simulación: los criterios positivos y los negativos. Son criterios positivos todos aquellos indicadores de simulación en tanto son negativos los que se vinculan directamente con la no simulación o la total falta de efectividad en la misma. Los criterios negativos son: la falta de una simulación efectiva (téngase presente que en el contexto judicial la carga de la prueba corresponde a la acusación y debe ser inequívoca), una falta de respuestas o de colaboración en la evaluación, una puntuación de disimulación ( $T > 70$ ) en las Escalas L y K, un diferencial fuertemente negativo ( $P.D. > -9$ ) en el *índice de Gough*, la observación de un *perfil en V*, y el informe u observación de sintomatología sutil. De apreciarse estos criterios de disimulación estaríamos ante indicios razonables de no simulación o ante una tarea no efectiva de simulación. Son criterios positivos: la falta de consistencia inter-medidas,

puntuaciones invalidantes en las escalas de control de la validez F ( $T > 70$ ) y K ( $T < 50$ ) del MMPI, un valor  $T > 30$  en la configuración F-K, un *perfil en V invertida* y la detección de estrategias de simulación en la *entrevista clínico-forense*.

- c) Contrariamente a los pronósticos del modelo criminológico (Bagby et al., 1997; Lewis y Saarni, 1993; Rogers, 1992) y de la American Psychiatric Association (2002), las simuladoras asumieron una respuesta activa al MMPI y describieron su estado psíquico en la *entrevista clínico-forense*. En resumen, se trasluce que infieren que es preciso demostrar el daño para que éste se pueda valorar. Como consecuencia, para la evaluación de la simulación contamos con los protocolos resultantes de la medida psicométrica y de la entrevista.
- d) Las participantes fueron capaces de simular en la tarea de reconocimiento las secuelas psíquicas asociadas a la violencia de género, tanto las medidas directas (escalas del TEP) como las indirectas (p.e., depresión, introversión social). Dado que eran legas en psicopatología, no se encuentra apoyo, bajo este tipo de tarea, a la “hipótesis de metasimulación” (Aldea, 1994; Porot, 1977). Esto es, no es necesario poseer conocimientos de psicopatología para poder simular efectivamente las secuelas de malos tratos en este tipo de instrumentos. Esta facilidad para la simulación la atribuimos a que en los instrumentos psicométricos, por su propia naturaleza, los sujetos son sometidos a una tarea de reconocimiento de síntomas (Arce, Pampillón y Fariña, 2002). Pero este efecto facilitador de la simulación también propicia que los perfiles observados no gocen de una validez discriminante. En otras palabras, hallamos evidencia de lo esperado así como de otras patologías no esperadas. De estos resultados se deduce que las simuladoras siguieron, en la medida psicométrica, una doble estrategia: *Severidad de síntomas* (Rogers y Mitchell, 1991) y *Agrupación indiscriminada de síntomas* (Rogers, 1988). La estrategia de severidad de síntomas hace referencia a un error bastante común entre los simuladores que consiste en atribuirse los síntomas con una intensidad extrema. Otra estrategia habitual entre los simuladores es la agrupación indiscriminada de síntomas en la que el sujeto informa de problemas psiquiátricos de forma indiscriminada. En consecuencia, el análisis de las potenciales estrategias empleadas y su concreción en perfiles inviables o de una intensidad inusual, puede tomarse como un indicio de simulación en estos instrumentos.

- e) Las escalas F y K de control de la validez del MMPI-2 y el *índice F-K* son robustos en la detección de la simulación, no así el *Perfil en V invertida*, y, además, gozan de una alta consistencia en la medida de la simulación, el 86,14%. No obstante, estos indicadores eficaces en la detección de la simulación no sólo no revelan a todas las simuladoras como tales sino que dejan un margen de error que supera lo admisible estadísticamente ( $p>,05$ ).
- f) En suma, el MMPI-2 es un instrumento que propicia la simulación, y las escalas y combinaciones de control son de una eficacia parcial. Además, el MMPI no facilita un diagnóstico sino una impresión diagnóstica a la vez que las escalas de control de la simulación permiten otras hipótesis alternativas de los resultados al margen de la simulación. Por ende, la prueba obtenida a través del MMPI-2 no es suficiente ni desde el punto de vista clínico, ni de control de la simulación ni goza de una consistencia predictiva en sus estimadores de validez. Por ende, es obligado proceder con una aproximación complementaria de ésta y que implique la demanda al sujeto de otro tipo de tarea.
- g) En la *entrevista clínico-forense*, que presupone una tarea de conocimiento de síntomas por parte del sujeto, la capacidad de simulación de las participantes se redujo al 2,9% ( $n=3$ ). Aún así, para la práctica forense, con diseños de  $n=1$ , es preciso controlar totalmente la capacidad de simulación por lo que este procedimiento no es suficiente por si solo para evaluar la simulación. A su vez, en este tipo de tarea, las medidas de control de la validez de la misma, el análisis de las estrategias de simulación, tampoco detectó éstas entre las que lograron simular efectivamente. Por tanto, la entrevista tampoco es prueba suficiente para la evaluación forense.
- h) Sobre la base de que ningún modelo predictivo de la simulación es totalmente efectivo es preciso recurrir a un perspectiva multimétodo (Rogers, 1997b). Bajo ésta, a tenor de los anteriores resultados (esto es, inconsistencia en las predicciones de los modelos unida a márgenes de error significativos en los diversos estimadores de simulación) y de las demandas judiciales (v. gr., Sentencia del TS de 8 de febrero de 1995, RJ 808; Sentencia del TS de 18 de noviembre, RJ 7987; Wigmore, 1937) y científicas (p.e., Hastie, Penrod y Pennington, 1983; Roig-Fusté, 1993), es necesario proceder con una estrategia de *invalidez convergente*. En concreto, es imprescindible que varios indicadores

de simulación (según nuestros resultados bajo la contingencia más adversa se pueden observar 3) informen de la misma.

No obstante, aún resta un problema por resolver. Estas conclusiones sólo son válidas para la detección de la simulación con lo que cabría preguntarse ¿qué ocurrirá con los realmente enfermos? ¿Serán detectados como simuladores? Para controlar esta contingencia, es preciso combinar estas medidas con el Modelo de Decisión Clínica de Cunnien (1997), cuyo objetivo es minimizar el número de “falsos positivos” (auténticos enfermos clasificados como simuladores), la presencia de criterios positivos y con la información u observación y registro de sintomatología sutil en la *entrevista clínico-forense*. Como conclusión final resaltamos que estos resultados vienen a corroborar la validez del protocolo para la evaluación de simulación de enajenación mental de Arce, Pampillón y Fariña (2002), en el contexto de la evaluación de daño psíquico en casos de mujeres víctimas de violencia de género.

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aamodt, M. y Mitchell, H. (2006). Who can best catch a liar? A meta-análisis of individual differences in detecting detection. *Forensic Examiner*, 15, 6-11.
- Acale, M. (2000). *El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Ackerman, M. J. y Ackerman, M. C. (1997). Child custody evaluation practices: A survey of experienced professionals (revisited). *Profesional Psychology: Research and Practice*, 28, 137-145.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: La Caixa.
- Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés postraumático en excombatientes de guerra. En Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 171-187). Madrid: Pirámide.
- Aldea, M. J. (1994). Revisión del estado actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta. *Informaciones Psiquiátricas*, 138, 411-436.
- Alí, M. (2006, mayo, 3). Un somalí ejecuta en público al asesino de su padre. *La voz de Galicia*. Recuperado 21 de julio de 2006, de <http://www.lavozdeg Galicia.es/hemeroteca/2006/05/03/4742051.shtml>
- Alonso-Quecuty, M. L. (1990). Recuerdo de la realidad percibida vs. imaginada. Buscando la mentira. *Boletín de Psicología* 29, 73-86.
- Alonso-Quecuty, M. L. (1993a). Interrogando a testigos, víctimas y sospechosos: la obtención de la declaración. En M. Diges y M. L. Alonso-Quecuty (Eds.), *Psicología forense experimental* (pp. 85-98). Valencia: Promolibro.
- Alonso-Quecuty, M. L. (1995). Psicología y testimonio. En M. Clemente (Ed.), *Fundamentos de la psicología jurídica* (pp. 171-184). Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Alonso-Quecuty, M.L. (1999). Evaluación de la credibilidad de las declaraciones de menores víctimas de delitos contra la libertad sexual. *Papeles del Psicólogo*, 73, 36-40.

- Alwes, Y., Clark, J., Berry, D. y Granacher, R. (2008). Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(2), 1-8.
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 49-58.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1985). *Guidelines of the clinical evaluation of child and adolescent sexual abuse*. Washington: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- American Professional Society on the Abuse of Children (1997a). *Psychosocial Evaluation of suspected sexual abuse in children* (2ª ed.). Chicago: APSAC.
- American Professional Society on the Abuse of Children (1997b). *Investigative interviewing in cases of alleged child abuse*. Chicago: APSAC.
- American Psychiatric Association (1952). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1ª. ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1968). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2ª. ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª. ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª. ed. rev.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed. rev.). Barcelona: Masson.
- Amnesty International (2000). *Torture worldwide: An affront to human dignity*. Londres: Amnesty International Publications.
- Anderson, L. (1993). *A psychological view of the legal system*. Dubute: Brown and Benchmark.
- Anderson, R. C. y Pichert, J. S. (1978). Recall of previously unrecallable information following a shift in perspective. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 17, 1-12.



- Andrews, G., Slade, T. y Peters, L. (1999). Classification in Psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Anguera, M. T. (1990). Metodología observacional. En J. Arnau, M. T. Anguera, y J. Gómez (Eds.), *Metodología de la investigación en las ciencias del comportamiento* (pp. 125-236). Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Arboleda-Florez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 645-650.
- Arce, R. (2005). La construcción de la psicología jurídica en Europa y su estatus actual. En R. Abrunhosa y C. Machado (Coords.). *Psicología Forense* (pp. 103-114). Coimbra: Cuarteto.
- Arce, R. (2007). Evaluación psicológica en casos judiciales. ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal? En J. Romay (Ed.). *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del siglo XXI* (pp. 155-162). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R., Carballal, A., Fariña, F. y Seijo D. (2004). Can mock battered women malingering psychological evidence in a recognition task? En A. Czerederecka, T. Jaskiewicz-Obydzinska, R. Roesch y J. Wójcikiewicz (Eds.), *Forensic psychology and law. Facing the challenges of a changing world* (pp. 327-336). Kraków: Institute of Forensic Research Publishers.
- Arce, R. y Fariña, F. (1995). El estudio psicosocial de la víctima. En M. Clemente (Ed.), *Fundamentos de la psicología jurídica* (pp. 431-447). Madrid: Pirámide.
- Arce, R. y Fariña, F. (2001). *Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista clínico-forense*. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R. y Fariña, F. (2002). *El Sistema de Evaluación Global para la evaluación de la credibilidad y el engaño en el testimonio judicial*. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela.
- Arce, R. y Fariña, F. (2005a). El Sistema de Evaluación Global (SEG) de la credibilidad del testimonio: Hacia una propuesta integradora. En R. Arce, F. Fariña y M. Novo (Eds.), *Psicología jurídica* (pp. 101-118). Santiago de Compostela: Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local.

- Arce, R. y Fariña, F. (2005b). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema de evaluación global (SEG). *Papeles del psicólogo*, 26, 59-77.
- Arce, R. y Fariña, F. (2006). Psicología del testimonio: Evaluación de la credibilidad y de la huella psíquica en el contexto penal. En Consejo General de Poder Judicial (Ed.), *Psicología del testimonio y prueba pericial* (pp. 39-103). San Sebastián: Centro de Documentación Judicial.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007a). Evaluación forense de la huella psíquica consecuencia de la violencia de género. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y F. Tortosa. (Eds.), *Psicología Jurídica. Evaluación e intervención* (pp. 47-57). Valencia: Servicio de Publicaciones de la Diputació de València.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007b). La posible simulación de la víctima. Evaluación psicológico forense de la credibilidad y daño psíquico mediante el sistema de evaluación global. En P. Rivas y G. L. Barrios (Dir.), *Violencia de género: Perspectiva multidisciplinar y práctica forense* (pp. 357-367). Navarra: Thomson Aranzadi.
- Arce, R. y Fariña, F. (2008a). Psicología del testimonio aplicada a accidentes de circulación. En F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce y A. Bernardo (Eds.), *Psicología jurídica. Entorno judicial y delincuencia* (pp. 93-110). Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Arce, R. y Fariña, F. (2008b). Detecting and assessing the feigning of psychological injury in motor vehicle accidents (MVAs). En G. P. Bartley (Ed.), *Traffic accidents: Causes and outcomes* (pp. 123-148). Nueva York: Nova Science Publishers, Inc.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A. y Novo, M. (2006). Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 18(2), 278-283.
- Arce, R., Fariña, F. y Freire, M. J. (2002). Contrastando la generalización de los métodos empíricos de detección del engaño. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 71-86.
- Arce, R., Fariña, F. y Real, S. (2000). The assessment of information integration theory and confirmatory bias hypothesis on judicial proceedings. A case of rape and murder. En A. Czerederecka, T. Jaskiewicz-Obydzinska y J.

- Wójcikiewicz (Eds.), *Forensic psychology and law* (pp. 296-303) Kraków: Institute of Forensic Research Publishers.
- Arce, R., Fariña, F. y Sotelo, A. (2007). Estado psicológico de los progenitores en procesos de separación y divorcio. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y F. Tortosa (Eds.). *Psicología jurídica, evaluación e intervención* (pp. 109-112). Valencia: Diputació de València.
- Arce, R., Novo, M. y Alfaro, E. (2000). La obtención de la declaración en menores y discapacitados. En A. Ovejero, M. V. Moral y P. Vivas (Eds.), *Aplicaciones en psicología social* (pp. 147-151). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R., Pampillón, M. C. y Fariña, F. (2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal. *Anuario de Psicología*, 33(3), 385-408.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (2006). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Baer, R. A. y Miller, J. (2002). Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review. *Psychological Assessment*, 14, 16-26.
- Baer, R., Rinaldo, J. y Berry, D. (2003). Self-report distortions (including faking, lying, malingering, social desirability). En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Encyclopedia of Psychological Assessment*. (Vol. 2, pp. 861-866). Londres: SAGE.
- Bagby, R. M., Buis, T. y Nicholson, R. A. (1995). Relative effectiveness of the standard validity scales in detecting fake-bad and fake-good responding: replication and extension. *Psychological Assessment*, 7, 84-92.
- Bagby, R. M., Rogers, R., Buis, T., Nicholson, R. A., Cameron, S. L., Rector, N. A., Schuller, D. R. y Seeman, M. V. (1997). Detecting feigned depression and schizophrenia on the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 650-664.
- Bard, M. y Sangrey, D. (1979). *The crime victim's book*. Nueva York: Basic Books.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G. y Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22(5), 267-275.
- Bartol, C. (1983). *Psychology and american law*. California: Wadsworth Publishing Company.

- Bartol, C. R. y Bartol, A. M. (1999). History of Forensic Psychology. En I. B. Weiner y A. K. Hess (Eds.). *Handbook of forensic psychology* (pp. 3-23). Nueva York y Toronto: John Wiley and Sons.
- Bartol, C. R. y Bartol, A. M. (2004). *Introduction to forensic psychology*. Londres: SAGE.
- Bayés, R. (1994). Prólogo: Los inicios de la psicología jurídica en España. *Apuntes de Psicología*, 41-42, 13-15.
- Ben-Porath, Y. S., Graham, J. R., Hall, G. C. N., Hirsman, R. D. y Zaragoza, M. S. (1995). *Forensic Applications of the MMPI-2*. Londres: Sage Publications.
- Berry, D. y Butcher, J. (1998). Detection of feigning of head injury symptoms on the MMPI-2. En C. Reynolds (Ed.). *Detection of malingering during head injury litigation. Critical issues in neuropsychology*. (pp. 209-238). Nueva York: Plenum Press.
- Bettetini, M. (2002). *Breve historia de la mentira. De Ulises a Pinocho*. Madrid: Cátedra.
- Blanchard, E. B. y Hickling, E. J. (2003). *After the crash*. Washington: American Psychological Association.
- Blanchard, E. B. y Hickling, E. J. (2004). What are the psychosocial effects of MVAs on survivors?, En E. B. Blanchard y E. J. Hickling (Eds.), *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents* (pp. 57-97). Washington: American Psychological Association.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Freidenberger, B. M., Malta, L. S., Kuhn, E. y Sykes, M. A. (2004). Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 569-583.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E. y Loos, W. R. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 3, 1-10.
- Boccaccini, M. y Brodsky, S. (1999). Diagnostic test usage by forensic psychologists in emotional injury cases. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 253-259.
- Bond, C. F. Jr. y DePaulo, B. M. (2006). Accuracy of detection judgments. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 214-234.

- Borum, R. y Grisso, T. (1995). Psychological test use in criminal forensic evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 465-473.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Madrid: Anagrama.
- Bower, G. H. (1967). A multicomponent theory of memory trace. En K. W. Spence y J. T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation* (Vol. 1, pp. 229-325). Nueva York: Academic Press.
- Bower, G. H. y Morrow, D. G. (1990). Mental models in narrative comprehension. *Science*, 247, 44-48.
- Breslau, N.; Chilcota, H.; Kessler, R. y Davis, G. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal Psychiatry*, 156, 902-907.
- Breslau, N. y Davis, G. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *American Journal Psychiatry*, 149, 671-675.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P. y Peterson, E. (1995). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Bromet, E., Sonnega, A. y Kessler, R. (1998). Risk factors for DSM-III-TR Posttraumatic Stress Disorder: findings from the national comorbidity survey. *American Journal Epidemiol*, 147(4), 353-361.
- Brooks, N. (1995). Compensation for psychological injury. En R. Bull y D. Carson (Eds.), *Handbook of psychology in legal contexts* (pp. 427-444). Chichester: John Wiley and Sons.
- Brown, L., Sherbenou, R. y Johnsen, S. (1995). *Toni-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bryant, R. A. y Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research Review*, 15, 721-738.
- Buela-Casal, G. (2006). Método y procedimiento de la evaluación psicológica forense para un peritaje psicológico forense en el proceso penal. En J. C. Sierra, E. M<sup>a</sup>. Jiménez y G. Buela-Casal (Coords.). *Psicología Forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 131-139). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bull, R. (1997). Entrevistas a niños testigos. En F. Fariña y R. Arce (Eds.). *Psicología e investigación judicial* (pp. 19-38). Madrid: Fundación Universidad Empresa.

- Bull, R., Baron, H., Gudjonsson, G., Hampson, S., Rippon, G. y Vrij, A. (2004). *A review of the current scientific status and fields of application of polygraphic deception*. Londres: British Psychological Society.
- Burgess, A. W. y Holmstrom, L. (1979). Adaptive strategies and recovery from rape. *American Journal of Psychiatry*, 136(10), 1278-1282.
- Bury, A. y Bagby, R. (2002). The detection of feigned uncoached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment*, 14, 472-484.
- Butcher, J. N. (1990). *MMPI-2 in Psychological Treatment*. Nueva York: Oxford University Press.
- Butcher, J. N. (2005). Assessing MMPI-2 profile validity. En Koocher, G., Norcross, J. y Hill, S. III (Eds.). *Psychologists' desk referente* (pp. 128-132). Nueva York: Oxford University Press.
- Butcher, J. N. y Ben-Porath, Y. S. (2004). Use of the MMPI-2 in medico-legal evaluations: An alternative interpretation for the Senior and Douglas (2001) critique. *Australian Psychologist*, 39, 44-50.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2. Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. y Miller, K. B. (1999). Personality assessment in personal injury litigation. En A. K. Hess e I. B. Weiner (Eds.). *The handbook of forensic psychology* (pp. 104-126). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Butcher, J. y Williams, C. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI A interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. y Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent): Manual of Administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Calcedo, A. (1975). *Las llamadas neurosis de renta*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
- Calcedo, A. (2003). Concepto de trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González, *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 1-18). Barcelona: Masson.

- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19(3), 446-451.
- Calvo, M. (2008). *El tratamiento de la violencia doméstica en la administración de justicia*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Campos, L. y Alonso-Quecuty, M. L. (1999). The cognitive interview: Much more than simply "try again". *Psychology, Crime and Law*, 5, 47-59.
- Cano, J. (2000). Concepto y causas de las lesiones psíquicas. En J. J. Carrasco (Coord.), *Lesiones psíquicas. Síndrome del estrés postraumático: lesiones y secuelas psíquicas en víctimas de maltrato familiar*. (pp. 11-25). Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia.
- Cantón, J. (2000). Guías y protocolos publicados para la realización de la entrevista de investigación. En J. Canton, y M. Cortés, *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil* (pp. 123-146). Madrid: Siglo XXI.
- Caño, X. (1995). *Maltratadas. El infierno de la violencia sobre las mujeres*. Madrid: Temas de hoy.
- Carpintero, H. (1980). La psicología española: pasado, presente, futuro. *Revista de Historia de la Psicología*, 1, 33-58.
- Carpintero, H. (1994). *Historia de la Psicología en España*. Madrid: Eudema.
- Carpintero, H. (2001a). Biología y conocimiento: notas históricas sobre la tradición española moderna. En J. A. Mora (Ed.), *Neuropsicología cognitiva, algunos problemas actuales* (pp. 16-48). Málaga: Aljibe.
- Carpintero, H. (2001b). Tradición e innovación en la psicología española contemporánea. *Papeles del Psicólogo*, 78, 3-10.
- Carpinterio, H. (2002). *Del estímulo a la persona: estudios de historia de la psicología: escritos seleccionados*. Valencia: Universitat de València.
- Carpintero, H. (2004). *Historia de la Psicología en España*. Madrid: Pirámide.
- Carrasco, J. J. (Comp.) (1999). *Lesiones psíquicas. Síndrome de estrés postraumático: lesiones y secuelas psíquicas en víctimas de maltrato familia*. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia.
- Carrasco, J. J. y Maza, J. M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley.

- Carson, D. y Bull, R. (1995). Psychology in legal contexts: Idealisms and realism. En R. Bull y D. Carson (Eds.), *Handbook of psychology in legal context* (pp. 3-11). Londres: John Wiley and Sons.
- Centro Reina Sofía (2007, 15 de enero). *Mujeres asesinadas por sus parejas España (2003-07)*. Recuperado el 13 de febrero de 2008, de <http://www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/EST014-3286.pdf>
- Chiriboga, D. (1989). Divorce at midlife. En R. A. Kalish (Ed.), *Midlife loss: Coping strategies* (pp. 179-218). Newbury Park: SAGE.
- Choy, T. (1992). Posttraumatic stress disorder: an overview. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 578-583.
- Clemente, M. (1997). *Fundamentos de la psicología jurídica*. Madrid: Ediciones
- Climent, C. (1991). Sobre la presencia física del acusado en el juicio. *Revista General de Derecho*, 561, 4737-4746.
- Comas, M. (2007). Presentación. En M. P. Rivas y G. L. Barrios. *Violencia de género. Perspectiva Multidisciplinar y Práctica Forense* (pp. 39-44). Navarra: Aranzadi.
- Comas, M. (2008). Prólogo. En E. Martínez. *La tutela judicial de la violencia de género* (pp. 15-17). Madrid: Iustel.
- Cunnen, A. J. (1997). Psychiatric and medical syndromes associated with deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 23-46). Nueva York: Guilford Press.
- Curiel, A. M. (2006). Maltrato y suicidio. En C. García, R. López y A. M. Curiel. *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales* (pp. 87-96). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Dammeyer, M. (1998). The assessment of child sexual abuse allegations: Using research to guide clinical decision making. *Behavioral Sciences and the law*, 16, 21-34.
- Darles-Bornoz, J. y Lépine, J. (1999). Predictive factors of chronic Posttraumatic Stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13, 281-287.
- Davidson, J. (2000). Trauma: impact of post-traumatic stress disorder. *Journal Psychopharmacol*, 14, 5-12.



- De Paulo, B. y Morris, W. (2004). Cues to deception and indirect lie detection. En P. A. Granhag y L. Strömwall. *The detection of deception in forensic contexts* (pp. 15-40). Cambridge: Cambridge University Press.
- Del Moral, G. (2004). Aspectos penales de la violencia doméstica. La actuación del ministerio fiscal. En I. Montalbán (Dir.), *Encuentros "Violencia doméstica"* (pp. 455-523). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- DePaulo, B., Charlton, K., Cooper, H., Lindsay, J. y Muhlenbruck, L. (1997). The accuracy-confidence correlation in the detection of deception. *Personality and Social Psychology Review*, 1, 346-357.
- DePaulo, B., Lindsay, J., Malone, B., Muhlenbruck, L., Charlton, K. y Cooper, H. (2003). *Cues to deception. Psychological Bulletin*, 129, 74-118.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Duckworth, J. C. y Anderson, W. P. (1995). *MMPI and MMPI-2: Interpretation manual for counsellors and clinicians*. Bristol: Accelerated Development.
- Düinkel, F. (1992). La víctima en el Dret penal - ¿en vies d'una justícia criminal orientada cap a l'autor a una d'orientada cap a la víctima? En E. Giménez-Salinas (Dir.), *El dret penal i la víctima Papers d'estudis i formació*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de crímenes violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2003). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. y Amor, P. J. (2003). Evaluation of psychological harm in the victims of violent crimes. *Psychology in Spain*, 7(1), 10-18. (versión castellana: Evaluación del daño psicológico en víctimas de crímenes violentos. *Psicothema*, 14, 139-146, 2002).

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor P. J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y de Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. e I. Zubizarreta, (1998). Mujeres víctimas de maltrato. En E. Echeburúa y P. de Corral (1998). *Manual de violencia familiar* (pp. 11-69). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Ekman, P. (1991). *Telling lies. Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage*. Nueva York: Norton.
- Ekman, P. y Friesen, W. (1969). Nonverbal leakage and clues to deception. *Psychiatry*, 32, 88-106.
- Elhai, J., Naifeh, J., Zucker, I., Gold, S., Deitsch, S. y Frueh, B. (2004). Discriminating malingered from genuine civilian posttraumatic stress disorder: A validation of the three MMPI-2 infrequency scales (F, Fp, and Fptsd). *Assessment*, 11, 139-144.
- Ellison, K. W. y Buckout, R. (1981). *Pshychology and criminal justice*. Nueva York: Harper and Row.
- Embry, C. (1990). *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology and treatment*. Washington: Americam Psychiatric Press.
- Esbec, C. (2000). El psicólogo forense en el proceso penal. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo (Eds.), *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad* (pp. 111-254). Madrid: Edisofer.
- Escaff, E. (2000). Psicología jurídica en Chile. En *Actas del I Congreso Hispano-Alemán* [CD-ROM]. Pamplona: COP-Navarra.
- Esplin, P.W., Boychuck, T. y Raskin, D. C. (1988). *A field validity study of Criteria-Based Content Analysis of children's statements in sexual abuse cases*. Comunicación presentada en el NATO-Advanced Study Institute of Credibility Assessment, Maratea, Italia.
- Eysenck, H. J. (1984). Crime and personality. En D. J. Müller, D. E. Blackman y A. J. Chapman (Eds.), *Psychology and law* (pp. 85-100). Nueva York: Jonh Wiley and Sons.

- Fariña, F., Arce, R. y Jóluskin, G. (2000). Psicología y ley: notas sobre una realidad reciente. *Revista de Historia de la psicología*, 21(2-3), 529-542.
- Fariña, F.; Arce, R. y Novo, M. (2005). Notas sobre la historia de la Psicología Jurídica en España. En R. Arce, F. Fariña y M. Novo (Eds.), *Psicología Jurídica* (45-56). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Fariña, F., Arce, R. y Real, S. (1994). Ruedas de identificación: De la simulación y la realidad. *Psicothema*, 7(1), 395-402.
- Fernández, M. C. (2006). Papel del médico de familia en prevención y el abordaje de la violencia doméstica. En C. García, R. López y A. M. Curiel. *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales* (pp. 69-86). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Fernández-Ballesteros, R. (1980). Presentación. En R. Fernández-Ballesteros, *Nuevas aportaciones en evaluación conductual* (pp. 9-11). Valencia: Alfapplus.
- Ferreiro, X. (2005). *La víctima en el proceso penal*. Madrid: La Ley.
- Fisher, R. P. y Geiselman, R. E. (1992). *Memory-enhancing techniques for investigative interview*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Fisher, R. P., Geiselman, R. E. y Amador, M. (1989). Field test of the cognitive interview: Enhancing the recollection of actual victims and witness of crime. *Journal of Applied Psychology*, 74, 722-727.
- Flamer, S. y Buch, W. (1992). *Differential diagnosis of post-traumatic stress disorder in injured workers: Evaluation of the MMPI-2*. Comunicación presentada en el XXVII Symposium on Recent Development on Research with the MMPI, Minneapolis.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Daneu, C. V. y Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa, E. (1997, septiembre). *Post-traumatic stress disorder. Theory and treatment: An update*. Trabajo presentado en el XXVII Congress of the European Association of Behavioral and cognitive Therapies, Venecia.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) (2000, 20 septiembre). *Estado de la población mundial 2000. Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio*. Recuperado el 7 de julio de 2007, de, <http://www.unfpa.org/swp/2000/pdf/espanol/sinopsis.pdf>

- Ford, C. V., King, B. K. y Hollander, M. H. (1988). Lies and Liars: psychiatric aspects of prevarication. *American Journal of Psychiatry*, 145, 554-562.
- Frankl, V. (1964). *Teoría y terapia de las neurosis*. Madrid: Gredos.
- Freyd, J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Ganzenmüller, C., Escudero, J. y Frigola, J. (1999). *La violencia doméstica: regulación legal y análisis sociológico y multidisciplinar*. Madrid: Bosch.
- García, C., López, R. y Curiel, A. (2006). *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Garrido, E. (1994). Relaciones entre la psicología y la ley. En J. Sobral, R. Arce, y A. Prieto (Eds.). *Manual de psicología jurídica* (pp. 17-49). Barcelona: Paidós.
- Garrido, E. y Masip, J. (2001). La evaluación psicológica de los supuestos de abusos sexuales. En Jiménez, F. (Ed.). *Evaluación psicológica forense 1: fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia* (pp. 25-140). Salamanca: Amarú.
- Garrido, E., Masip J. y Herrero M<sup>a</sup>. C. (2006). *Psicología jurídica*. Madrid: Pearson Education.
- Garrido, V. y Redondo, S. (1992). Psychology and law in Spain. En F. Lösel, D. Bender y T. Bliesener (Eds.), *Psychology and law* (pp. 526-534). Berlín: De Gruyter.
- Garzón, A. (1989). *Psicología y justicia*. Valencia: Promolibro.
- Geiselman, R. E. y Callot, R. (1990). Reverse and forward order recall of script-based text. *Journal of Applied Cognitive Psychology*, 4, 141-144.
- Gil, R. (1999). *Neuropsicología*. Barcelona: Masson.
- Gisbert, J. A. (1983). *Medicina legal y toxicología*. Valencia: Fundación García Muñoz.
- Gisbert, J. A. (1991). *Medicina legal y toxicología*. Barcelona: Científicas y Técnicas.
- Gisbert, J.A. (2005). *Medicina legal y toxicología*. Barcelona: Masson.
- Gisbert, J. y Gisbert, M. (1998). El daño psíquico de causa exógena y su valoración médico-legal. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 5, 51-60.

- Godoy-Cervera, V. y Higuera, L. (2005). El análisis de contenido basado en criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. *Papeles del psicólogo*, 26, 92-108.
- González, H. y Gancedo, M. (1999). Evaluación de la simulación de respuesta: diagnóstico, técnicas y procedimientos. En A. Ruano Hernández, J.M. Muñoz Céspedes y C. Cid Rojo (Coords.), *Psicología de la rehabilitación* (pp. 405-441). Madrid: Fundación MAPFRE-Medicina.
- González, H. e Iruarizaga, I. (2005). Evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el MMPI-2. *Papeles del Psicólogo*, 26, 129-137.
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza D. L.
- Goodman, G., Quas, J., Batterman-Faunce, J. Riddleberger, M. y Kuhn, J. (1997). Children's reactions to and memory for a stressful event: influences of age, anatomical dolls, knowledge, and parental attachment. *Applied Developmental Science*, 1, 54-75.
- Gortner, E., Gollan, J. y Jacobson, N. (1997). Aspectos psicológicos en agresores domésticos y su relación con la víctima. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 337-352.
- Gothard, S., Rogers, R. y Sewell, K. W. (1995). Feigning incompetency to stand trial. An investigation of the Georgia Court Competency Test. *Law and Human Behavior*, 19(4), 363-373.
- Gothard, S., Viglione, D. J., Meloy, J. R. y Sherman, M. (1995). Detection of malingering in competency to stand trial evaluations. *Law and Human Behavior*, 19(5), 493-505.
- Graham, J. R. (1992). *Interpretation of MMPI-2. Validity and clinical scales*. Brujas: Workshop.
- Graham, J. R. (2000). *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Graham, J., Watts, D. y Timbrook, R. (1991). Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. *Journal of Personality Assessment*, 57, 264-277.
- Green, B., Lindy, J. y Grace, M. (1985). Posttraumatic stress disorder. Toward DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 406-411.

- Greene, R. L. (1997). Assessment of malingering and defensiveness by multiescale personality inventories. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 169-207). Nueva York: Guilford Press.
- Gudjonsson, G.H. (1996). Psychological evidence in court. results from the 1995 survey. *The Psychologists*, 5, 213-217.
- Gumpert, C. y Lindbland, F. (1999). Expert testimony on child sexual abuse: A qualitative study of the Swedish approach to statement analysis. *Expert Evidence*, 7, 279-314.
- Haney, C. (1980). *Psychology and american law*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Hans, V. P. y Vidmar, N. (1986). *Judging the jury*. Nueva York: Plenum Press.
- Hanson, I., Greenberg, M. S. y Hymer, S. (1987). Describing in crime victim: psychological reactions to victimization. *Profesional Psychology: Research and Practice*, 18(4), 299-315.
- Hare, R. D., Forth, A. E. y Hart, S. D. (1989). The psychopath as prototype for pathological lying and deception. En J. C. Yuille (Ed.), *Credibility assessment* (pp. 25-49). Dordrecht: Kluwer.
- Hastie, R., Penrod, S. y Pennington, N. (1983). *Inside the jury*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press (trad. Castellana: *La institución del jurado en Estados Unidos. Sus intimidaciones*. Madrid: Cívitas, 1986).
- Hathaway, S. R. y Mckinley, J. C. (1999). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA.
- Heaton, R. K., Smith, H. H., Lehman, R. A. W. y Vogt, A. T. (1978). Prospects for faking believable deficits on neuropsychological testing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 892-900.
- Heilbrun, K. (1992). The role of psychological testing in forensic assessment. *Law and Human Behaviour*, 16, 257-272.
- Helzer, J., Robins, L. y McEvoy, L (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *The new England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Herman, J. (1994). *Trauma and recovery : from domestic abuse to political terror*. London : Pandora.

- Hernández-Fernaund, E. y Alonso-Quecuty, M. (1997). The cognitive interview and lie detection: A new magnifying glass for Sherlock Holmes? *Applied Cognitive Psychology*, 11, 55-68.
- Herrera, M. (1996). *La hora de la víctima*. Madrid: EDERSA.
- Heydon, J. (1984). *Evidence, cases and materials*. Londres: Butterworths.
- Hodgkinson, P. E., Joseph, S., Yule, W. y Williams, R. (1995). Measuring grief after sudden violent death: Zeebrugge bereaved at 30 months. *Personality and Individual Differences*, 18, 805-808.
- Home Office and The Department of Health (1992). *Memorandum of good practice on video recorded interviews with child witnesses for criminal proceedings*. Londres: HMSO.
- Home Office, (2002). *Achieving best evidence in criminal proceedings: guidance for vulnerable or intimidated witnesses, including children*. Londres: Home Office Communication Directorate.
- Horowitz, I. A. y Willging, T. E. (1984). *The Psychology of the Law: integrations and applications*. Boston: Little Brown.
- Illich, I. (1987). *Némesis médica*. México: Joaquín Mortiz/Planeta.
- Independent Second Opinión Panel (1987). Child sexual abuse: Principles of the good practice. *British Journal of hospital Medicine* 39, 54-62.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (1993). *World disaster report, 1993*. Holanda: Martinus Nijhoff.
- Jaffe, M. E. y Sharma, K. (1998). Malingering uncommon psychiatric symptoms among defendants charged under California's "Three Strikes and you're Out" Law. *Journal of Forensic Sciences*, 43(3), 549-555.
- Jelicic, M., Merckelbach, H., Candel, I. y Geraerts, E. (2007). Detection of feigned cognitive dysfunction using special malingering tests: A simulation study in naïve and coached malingerers. *Journal of Neuroscience*, 117(8), 1185-1192.
- Jelicic, M., Peters, M. J. V., Leckie, V. y Merckelbach, H. (2007). Basic knowledge of psychopathology does not undermine the efficacy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) to detect feigned psychosis. *Journal of Psychology*, 63(3), 107-110.

- Jiménez, E. M. (2006). Introducción histórica a la Psicología Forense. En J. C. Sierra, E. M<sup>a</sup>. Jiménez y G. Buéla-Casal (Coords.). *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 31-69). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Jiménez, E. M. y Bunce, D. (2006). Acontecimientos relevantes relacionados con el desarrollo de la evolución de la Psicología Forense. En J. C. Sierra, E. M<sup>a</sup> Jiménez y G. Buéla-Casal (Coords.). *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 70-85). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Jiménez, F. y Sánchez, G. (2003). *Evaluación psicológica forense. Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Jones, D. P. y McGraw, J. M. (1987). Reliable and Fictitious Accounts of Sexual Abuse to Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(1), 27-45.
- Jones, L., Hughes, M. y Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence and Abuse*, 2(2), 99-119.
- Kalven, H. y Zeisel, H. (1966). *The American jury*. Boston: Little Brown.
- Kardiner, A. (1941). The traumatic neurosis of war. En *Psychosomatic Medicine Monograph I-II*. Washington: National Research Council.
- Kassin, S. (2004). True or false: "I'd know a false confession if I saw one". En P. Granhag y Strömwall (Eds.). *The detection of deception in forensic contexts* (pp. 172-194). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P. y Williamson, D. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Kendler, K. (1997). Social support: a genetic-epidemiologic analysis. *American Journal Psychiatry*, 154, 1398-1404.
- Keane, T. (1989). Posttraumatic stress disorder: current status and future directions. *Behavior Therapy*, 20, 149-153.
- Keane, T., Malloy, P. y Fairbank, J. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 52, 888-891.



- Kessler, R., Sonnega, A., Hughes, M. y Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kinzie, J. (1990). The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 147, 913-917.
- Köhnken, G. (1995). Interviewing adults. En R. Bull y D. Carson (Eds), *Handbook of psychology in legal contexts* (pp. 215-233). Chichester: John Wiley y Sons.
- Konecni, V. J. y Ebbesen, E. B. (1992). Methodological issues in research on legal decision-making, with special reference to experimental simulations. En F. Lösel, D. Bender y T. Bliesener (Eds.), *Psychology and law. International perspectives* (pp. 413-423). Berlín: Walter de Gruyter.
- Kropp, P. R. y Rogers, R. (1993). Understanding Malingering: Motivation, Method, and Detection. En M. Lewis y C. Saarni (Eds.), *Lying and deception in everyday life* (pp. 52-62). Nueva York: Guilford Press.
- Kuch, K. y Cox, B. (1992). *Symptoms of PTSD in 124 survivors of Holocaust*. *American Journal of Psychiatry*, 149, 337-340.
- Kühne, A. (2000). The psychological view of the best interest of the children. New perspectives and recommendations for psychological expertises. En A. Czerederecka, T. Jaskiewicz-Obydzinska y J. Wojcikiewicz (Eds.). *Forensic psychology and law* (pp. 137-146). Cracovia: Institute of Forensic Research Publishers.
- Kuna, D. P. (1976). The psychology of advertising, 1896-1916. *Dissertation Abstracts International*, 37, 3048B.
- Lachar, D. (1974). Prediction of early US Air Force freshman cadet adaptation with the MMPI. *Journal of Counseling Psychology*, 21(5), 404-408.
- Lafta, R. K. (2008). Intimate-partner violence and women's health. *Lancet*, 371(9619), 1140-1142.
- Lamb, M.E., Sternberg, K.J., Esplin, P.W., Hershkowitz, I., Orbach, Y. y Hovav, M. (1997). Criterion-based content Analysis: a field validation study. *Child, Abuse y Neglect*, 21, 255-264.

- Lamers-Winkelmann, F. (1999). Statement Validity Analysis. Its application to a sample of Dutch children who may have been sexually abused. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 2, 59-81.
- Landrove, G. (1998). *La moderna victimología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Landry, K. L. y Brigham, J. C. (1992). The effect of training in criteria-based content analysis on the ability to detect deception in adults. *Law and Human Behavior*, 16, 663-676.
- Langbein, J. (1976). *Torture and the law of proof*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lea, H. (1983). *Historia de la Inquisición española*. Madrid: Fundación Universitaria Española.
- Lees-Haley, P. (1992b). Psychodiagnostic test usage by forensic psychologist. *American Journal of Forensic Psychology*, 10(1), 25-30.
- Lees-Haley, P., Smith, H., Williams, C. y Dunn, J. (1996). Forensic neuropsychological test usage: an empirical survey. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 45-51.
- Levi, P. (2001). *Si esto es un hombre*. Muchnik Editores.
- Levine, T., Park, H. y McCornack, S. (1999). Accuracy in detecting truths and lies: documenting the "veracity effect". *Communication Monographs*, 66, 125-144.
- Lewis, M. y Saarni, C. (1993). *Lying and deception in everyday life*. Nueva York: Guilford Press.
- Loftus, E. F. (1979). *Eyewitness testimony*. Cambridge: Harvard University Press.
- Loftus, E. F., Korf, N. L. y Schooler, J. W. (1988). Misguided memories: sincere distortions of reality. En J. C. Yuille (Ed.). *Credibility assessment* (pp. 155-172). Dordrecht: Kluwer.
- Loh, W. D. (1981). Perspectives on psychology and law. *Journal of Applied social Psychology*, 11, 314-355.
- Lubin, B., Larsen, R. y Matarazzo, J. (1984). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982. *American Psychologist*, 39, 451-454.
- Lyons, J. y Keane, T. (1992). Keane PTSD scale: MMPI and MMPI-2. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 111-117.

- Macinnes, J. y Pérez, J. (2007). Valoración social del incremento de la violencia doméstica. En M. P. Rivas y G. L. Barrios. *Violencia de género. Perspectiva Multidisplinar y Práctica Forense* (pp. 53-62). Navarra: Aranzadi.
- Maguire, M. (1980). "Victims, Needs and Victim Services: Indications from Research". *Victimology: American International Journal*, 10, 261-275.
- Manstead, A. S. R., Wagner, H. L. y MacDonald., C. J. (1986). Deceptive and nondeceptive communications: sending experience, modality, and individual abilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 10, 147-167.
- Maqueda, A. (2006). La violencia de género. Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista electrónica de ciencia Penal y Criminología*, 21, 4-11.
- Marañón, G. (1941). *Las ideas biológicas del Padre Feijóo*. Madrid: Espasa Calpe.
- Martín, A. (1987). *La percepción social del delito*. Tesis Doctoral, Universidad de La Laguna.
- Martínez, E. (2008). *La tutela judicial de la violencia de género*. Madrid: Iustel.
- Martínez, J. M<sup>a</sup>. (2005). *La psicología de la mentira*. Barcelona: Piados.
- Martínez-Risco, S. B. (1973). *Las ideas jurídicas del padre Freijóo*. Ourense: Instituto de Estudios Orensanos "Padre Freijóo".
- Masip, J. (2002). *La evaluación de la credibilidad del testimonio a partir de los índices conductuales en el contexto jurídico penal*. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca.
- Masip, J. y Garrido, E. (2000). La evaluación de la credibilidad del testimonio. En contextos judiciales a partir de indicadores conductuales. *Anuario de Psicología Jurídica*, 10, 93-131.
- Masip, J. y Garrido, E. (2001). La evolución psicológica de la credibilidad del testimonio. En F. Jiménez (Ed.). *Evaluación psicológica forense 1: fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia* (pp. 141-204). Salamanca: Armarú.
- Masip, J. y Garrido, E. (2003). La detección del engaño mediante la técnica del control de la realidad. *Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 113-121.
- Masip, J., Sporer, S., Garrido, E. y Herrero, C. (2005). The detection of deception with the Reality monitoring approach: A review of the empirical evidence. *Psychology, Crime and Law*, 11, 99-122.

- McFarlane, A. y Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. En B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Wisaeth, *Traumatic stress* (pp. 129-154). Nueva York: Guildford.
- Meissner, C. y Kassin, S. (2002). "He's guilty!": Investigator bias in judgments of truth and deception. *Law and Human Behavior*, 26, 469-480.
- Memon, A., Cronin, O., Eaves, R. y Bull, R. (1993). The cognitive interview and the child witness. En N. K. Clark y G. M. Stephenson (Eds.). *Issues in criminology and legal psychology* (pp. 45-89). Leicester: British Psychological Society.
- Memon, A. y Bull, R. (1999). *Handbook of the psychology of interviewing*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Mikkelsen, E., Gutheil, T. y Emens, M. (1992). False sexual abuse allegations by children and adolescents: Contextual factors and clinical subtypes. *American Journal of Psychotherapy*, 55, 556-570.
- Milne, R. y Bull, R. (1999). *Investigative interviewing. Psychology and practice*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Milner, J. S. y Crouch, J. L. (2004). El perfil del niño víctima de violencia. En J. Sanmartín (Coord.). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 195-203). Barcelona: Ariel.
- Miller, H. y Carlidge, N. (1972). Simulation and malingering after injuries to the brain and spinal cord. *The Lancet*, 1, 580-585.
- Ministerio de Igualdad (2008, 24 de julio). *Evaluación de la aplicación de la ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género*. Recuperado el 7 de septiembre de 2008, de [http://www.migualdad.es/noticias/pdf/informe\\_ejecutivo-14\\_julio\\_2008def.pdf](http://www.migualdad.es/noticias/pdf/informe_ejecutivo-14_julio_2008def.pdf)
- Mira i López, E. (1953). *Psiquiatría básica*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Mira i López, E. (1958). *Manual de Psicología Jurídica*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Mira, J. J. (1989). *Estudios de psicología en ambientes procesales: un análisis de metamemoria*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.
- Mirat, P. y Armendáriz, C. (2006). *Violencia de género versus violencia doméstica: consecuencias jurídico-penales*. Madrid: Grupo difusión.
- Montgomery, S. y Bech P. (2000). ECNP Consensus Meeting, March 5-6, 1999, Nice: Post Traumatic Stress Disorder: Guidelines for investigating efficacy of

- pharmacological intervention. *European Neuropsychopharmacology*, 10(4), 297-303.
- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Moskowitz, M. J. (1977). Hugo Muntenberg: A study in the history of applied psychology. *American Psychologist*, 32, 824-842.
- Muñoz, L. (1975). Métodos y elementos para una psicología jurídica. *Anuario de Sociología y Psicología Jurídica*, 2, 7-29.
- Muñoz, L., Bayés, R. y Munné, F. (1980). *Introducción a la psicología jurídica*. México: Trillas.
- Nadelson, C. (1989). Consequences of Rape: clinical and treatment aspects. *Psychotherapy and Psycosomatics*, 51(4), 187-192.
- Nichols, D. S. (2002). *Claves para la interpretación del MMPI-2*. Madrid: TEA.
- Nicholson, R. A., Mouton, G. J., Bagby, R. M., Buis, T., Peterson, S. A. y Buigas, R. A. (1997). Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: Receiver operating characteristic analysis. *Psychological Assessment*, 9(4), 471-479.
- Nicolás, L. (1995). Perfil, rol y formación del psicólogo jurídico. *Papeles del Psicólogo*, 63, 53-68.
- Niehoff, D. (2000). *Biología de la violencia*. Barcelona: Ariel.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Norris, M. P. y May, M. C. (1998). Screening for malingering in a correctional setting. *Law and Human Behavior*, 22(3), 315-323.
- Nutt, D. (2000). The Psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 61, 14-21.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R., Schnyder, U. y Shalev, A. (2006). Posttraumatic stress disorder following injury: Assessment and other methodological considerations. En G. Young, A. Kane y K. Nicholson (Eds.), *Psychological Knowledge in Court: PTSD, Pain and TBI* (pp. 70-84). Nueva York: Springer Publishing Co.

- O'Donnell, M. L., Creamer, M. y Pattison, P. (2004). PTSD and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal Psychiatry*, 161, 1-7.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *CIE-9-MC. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Orós, M. (2007). Intervención de la medicina forense. En M. P. Rivas y G. L. Barrios. *Violencia de género. Perspectiva Multidisciplinar y Práctica Forense* (pp. 887-893). Navarra: Aranzadi.
- Pallares, M. C. (1993). *A vida das mulleres na Galicia medieval (1100-1500)*. Santiago: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago.
- Paris, J. (1999). Does stress cause posttraumatic stress disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 11-20.
- Park, H., Levine, T., McCornack, S., Morrison, K. y Ferrara, M. (2002). How people really detect lies. *Communication Monographs*, 69, 144-157.
- Paúl, J. (1995). Trastornos por Estrés postraumático. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carboles (Eds), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol.1, pp. 443-470). Madrid: siglo XXI.
- Pennebaker, J., Francis, M. y Booth, R. (2001). *Linguistic Inquiry and Word Count: LIWC 2001*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona*. Barcelona: Masson.
- Perles, F. (2002). *Psicología jurídica*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Peters, E. (1985). *Torture*. Nueva York: Brasil Blackwell.
- Peters, T. (1988). Consideraciones teóricas sobre la victimología. *Eguzkilore: cuaderno del instituto vasco de criminología*, 2, 107-133.
- Piotrowski, W. (1998). Assessment of pain: A survey of practicing clinicians. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 181-182.

- Pollack, S. (1982). Dimensions of malingering. En B. H. Gross y L. E. Weinberger (Eds.), *New directions for mental health services: The mental health professional and legal system* (pp. 63-75). San Francisco: Jossey-Bass.
- Pope, K.S., Butcher, J.N. y Seelen, J. (1993). *The MMPI, MMPI-2, and MMPI-A in Court: A Practical Guide for Expert Witnesses and Attorneys*. Washington: American Psychological Association.
- Porot, A. (1977). *Diccionario de psiquiatría clínica y terapéutica*. Barcelona: Labor.
- Putnam, S. y Millis, S. (1994). Psychological factors in the development and maintenance of chronic somatic and functional symptoms following mild traumatic brain injury. *Advances in Medical Psychotherapy*, 7, 1-22.
- Queipo, D. (2006). Aspectos médico legales del maltrato. En C. García, R. López y A. M. Curiel. *Violencia doméstica. Aspectos médico-legales* (pp. 61-67). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Raskin, D. C. y Esplin, P. W. (1991). Assessment of children's statements of sexual abuse. En J. Doris (Ed.), *The suggestibility of children's recollections* (pp. 153-165). Washington: American Psychological Association.
- Raskin, D. C y Esplín, P. W. (1994). Statement Validity Assessment: interview procedures and content análisis of children's statements of sexual abuse. *Behavioral Assessment*, 13, 265-291.
- Real Acedemia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Reinaldi, V. F. (1986). *El delito de tortura*. Buenos Aires: Ediciones Desalma.
- Resnick, P. J. (1995). *Posttraumatic Stress Disorder in Litigation*. Washington: American Psychiatric Press.
- Resnick, P. J. (1997a). Malingering of posttraumatic disorders. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 130-152). Nueva York: Guilford Press.
- Resnick, P. J. (1997b). Malingering psychosis. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Ribas, E. R. (2008). *Violencia de género y violencia doméstica*. Valencia: Tirant lo blanch.

- Ribas, M. P. y Barrios. G. L. (2007). *Violencia de género. Perspectiva Multidisplinar y Práctica Forense*. Navarra: Aranzadi.
- Rodríguez, C. y Ávila, A. (1999). *Evaluación, psicopatología y tratamiento en Psicología Forense*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Rogers, R. (1986). *Multiple schedule of affective disorders and schizophrenia (SADS) in the assessment of criminal defendants*. *Journal of Forensic Sciences*, 31(1): 222-230.
- Rogers, R. (1988). Structured interviews and dissimulation. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 250-268). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (1990). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 182-188.
- Rogers, R. (1992). *Structured interview of reported symptoms*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R. (1997a). Researching dissimulation. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 398-426). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R. (1997b). Current status of clinical methods. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 373-397). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R., Gillis, J. R., Bagby, R. M. y Monteiro, E. (1991). Detection of malingering on the Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS): A study of coached and uncoached simulators. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(4), 673-677.
- Rogers, R., Gillis, J. R., Dickens, S. E. y Bagby, R. M. (1991). Standardized assessment of malingering: Validation of the Structured Interview of Reported Symptoms. *Psychological Assessment*, 4, 89-96.
- Rogers, R., Hinds, J. D. y Sewell, K. W. (1996). Feigning psychopathology among adolescent offenders: Validation of the SIRS, MMPI-A and SIMS. *Journal of Personality Assessment*, 67(2), 244-257.
- Rogers, R., Kropp, P. R., Bagby, R. M. y Dickens, S. E. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.



- Rogers, R. y Mitchell, C. N. (1991). *Mental health experts and the criminal courts: A handbook for layers and clinicians*. Scarborough: Thomson Professional Publishing Canada.
- Rogers, R., Sewell, K. W. y Salekin, R. T. (1994). A meta-analysis of malingering on the MMPI-2. *Assessment*, 1, 227-237.
- Rogers, R., Thatcher, A. y Cavanaugh, J. (1984). Use of the SADS diagnostic interview in evaluating legal insanity. *Journal of Forensic Sciences*, 40(6), 1537-1541.
- Roig-Fusté, J. M. (1993). *MMPI y MMPI-2 en la exploración de la personalidad*. Barcelona: Agil Offset.
- Rojas, M. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Romero, J. (2000). La psicología jurídica en España. En *Actas de I Congreso Hispano-Alemán* [CD-ROM]. Pamplona: COP-Navarra.
- Royuela, J. y Soria, M. A. (1993). La víctima y las instituciones de control formal. En M. A. Soria. *La víctima: entre la justicia y la delincuencia. Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos de la victimización* (pp.71-78). Barcelona: PPU.
- Ruby, C. L. y Brigham, J. C. (1997). The usefulness of the criteria-based content análisis technique in distinguishing between truthful and fabricated allegations: a critical review. *Psychology, Public Policy and Law*, 3, 705-737.
- Ruby, C. L. y Brigham, J. C. (1998). Can criteria-based content analysis distinguish between true and false statements of african-american speakers?. *Law and Human Behaviour*, 22, 369-388.
- Sánchez, G. (2002). *Sensibilidad de las escalas e indicadores de validez en el perfil de personalidad del MMPI-2*. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca.
- Sangrador, J. L. (1986). La victimología y el sistema jurídico penal. En F. Burillo y M. Clemente, *Psicología social y sistema penal* (pp. 61-90). Madrid: Alianza.
- Santtila, P., Roppola, H., Runtti, M. y Niemi, P. (2000). Assessment of child witness statements using criteria-based content análisis (CBCA): the effects of age, verbal ability, and interviewer's emotional style. *Psychology Crime y Law*, 6, 159-179.

- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19(3), 459-466.
- Schiebe, S., Bagby, R. M., Miller, L. S. y Dorian, B. J. (2001). Assessing posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment*, 13(3), 369-374.
- Schum, D. A. (1977). The behavioral richness of cascaded inference models: Examples of jurisprudence. En N. J. Castellan, D. B. Pisoni y G. R. Potts (Eds.), *Cognitive theory* (vol. 2, 34-56). Hillsdale: LEA.
- Sebba, L. (1996). *Third parties: victims and the criminal justice system*. Columbus: Ohio State University Press.
- Serrano, J. M<sup>a</sup>. (2006) La intervención del perito en el proceso judicial: el informe pericial. . En J. C. Sierra, E. M<sup>a</sup>. Jiménez y G. Buela-Casal (Coorsds.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 105-114). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Shalev, A., Rogel-Fuchs y Pitman, R. (1992). Conditioned fear and psychological trauma. *Biology Psychiatry*, 31, 863-865.
- Shover, N., Fox, G. L. y Mills, M. (1994). Long-term Consequences of Victimization by White-collar Crime. *Justice Quarterly*, 11(1), 75-98.
- Show, B., Stellman, J., Stellman, S., Sommer, J. y Sommer, J. (1988). Post-traumatic Stress Disorder among american legionnaires in relation to combat experience in Vietnam. Associated and contributing factors, *Environmental Research*, 47(2) 175-92.
- Sierra, J. C., Jiménez, E. M. y Buela-Casal, G. (2006). *Psicología forense: manual de técnicas y de aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Simon, R. (1995). *Posttraumatic stress disorder in litigation*. Washington: American Psychiatric Press.
- Smith, G. P. y Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 183-189.
- Sobral, J. (1997). La toma de decisiones judiciales: el impacto de los testimonios. En P. Stangeland (Dir.). *La Criminología aplicada* (pp. 329-359). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

- Soria, M. (1993). *La víctima: entre la justicia y la delincuencia. Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos de la victimización*. Barcelona: PPU.
- Soria, M. A. (2006). La Psicología criminal: desarrollo conceptual y ámbitos de aplicación. En M. A. Soria y D. Sáiz (Coords.). *Psicología criminal* (pp. 25-58). Madrid: Pearson.
- Soria, M. A., Maeso, J. y Ramos, E. (1993). Delincuencia y victimización. En M. A. Soria Verde (Ed.). *La víctima: entre la justicia y la delincuencia. Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos de la victimización* (pp.13-30). Barcelona: PPU.
- Southwick, S., Bremner, J., Rasmusson, A., Morgan, C., Arsten, A. y Charney, D. (1999). Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder. *Biology Psychiatry*, 46, 1192-1204.
- Spitzer, R. L. y Endicott, J. (1978). *Schedule of affective disorders and schizophrenia*. Nueva York: Biometric Research.
- Spörer, S. L. (1997). The less traveled road to truth: Verbal cues in deception detection in accounts of fabricated and self-experienced events. *Applied Cognitive Psychology*, 11, 373-397.
- Sporer, S. L. (2004). Reality monitoring and the detection of deception. En P. Granhag y L. Strömwall. *Deception detection in forensic contexts* (pp. 64-102). Cambridge: University Press.
- Sporer, S., Bursch, S., Schreiber, N., Weiss, P., Höfer, E., Sievers, K. y Köhnken, G. (2000). Detecting deception with the Aberdeen Report Judgment Scales (ARJS): Inter-rater reliability. En A. Czerederecka, T. Jaskiewicz-Obydzinska y J. Wojcikiewicz (Eds.). *Forensic psychology and law. Traditional questions and new ideas* (pp. 197-204). Cracovia: Institute of Forensic Research Publishers.
- Squire, L. y Zola-Morgan, S. (1991). The medial temporal lobe memory system. *Science*, 253, 2380-2386.
- Steller, M. (1989). Recent developments in statement analysis. En J. C. Yuille (Ed.), *Credibility assessment* (pp. 135-154). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Steller, M. y Boychuk, T. (1992). Children as witnesses in sexual abuse cases: investigative interview and assessment techniques. En H. Dent y R. Flin (Eds.). *Children as witnesses*. Chichester: John Wiley and Sons.

- Steller, M. y Köhnken, G. (1989). Criteria-Based Statement Analysis. Credibility assessment of children's statements in sexual abuse cases. En D. Raskin (Ed.), *Psychological methods in criminal investigation and evidence* (pp. 217-245). Nueva York: Springer.
- Steller, M., Raskin, D. C., Yuille, J. C. y Esplin, P. (1990). *Child sexual abuse: Forensic interviews and assessment*. Nueva York: Springer.
- Sternberg, K., Lamb, M., Davies, G. y Westcott, H. (2001). The "Memorandum of Good Practice": Theory versus practice. *Child Abuse and Neglect*, 25, 669-681.
- Strömwall, L., Granhag, P. A. y Hartwig, M. (2004). Practitioners beliefs about deception. En P. A. Granhag y L. Strömwall (Eds.). *The detection of deception in forensic contexts* (pp. 229-250). Cambridge: Cambridge University Press.
- Strong, D., Greene, R. y Schinka, J. (2000). A taxometric analysis of MMPI-2 infrequency scales [F and F(p)] in clinical settings. *Psychological Assessment*, 12, 166-173.
- Suárez, A. (2005). *Análise de sentenzas xudiciais en casos de malos tratos a mulleres: Na pescuda da motivación da non culpabilidade*. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Igualdade.
- Taylor, S. y Koch, W. J. (1995). Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: Nature and treatment. *Clinical Psychology Review*, 15, 721-738.
- Tiburcio, A. (1995). Prólogo. En E. Echeburúa, P. de Corral, I. Zubizarreta y B. Sarasua. *Trastorno de Estrés Postraumático Crónico en Víctimas de Agresiones Sexuales*. A Coruña: Fundación Psidea.
- Tomás y Valiente, F. (1973). *La tortura en España. Estudios históricos*. Barcelona: Ariel.
- Tomás y Valiente, F. (1979). *Manual de historia del derecho español*. Madrid: Tecnos.
- Torres, P. y Espada, F. J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. Oxford: Clarendon Press.
- Tulving, E. y Thomson, D. M. (1973). Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory. *Psychological Review*, 80, 353-370.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327-352.

- Undeutsch, U. (1982). Statement reality análisis. En A. Trankell (Ed.). *Reconstructing the past: the role of psychologists in criminal trials* (pp. 27-56). Estocolmo: Norsted.
- Undeutsch, U. (1984). Courtroom evaluation of eyewitness testimony. *International Review of Applied Psychology* 33, 51-67.
- Undeutsch, U. (1989). The development of Statement Reality Analysis. En J. Yuille (Ed.), *Credibility assessment* (pp. 101-199). Dordrecht: Kluwer.
- Unión de Asociaciones Familiares. (1991). *La violencia en las Familias. Origen, Causas, Consecuencias y Recursos para Erradicarla*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- United Nations (1988). *Committee on crime prevention and control. Report on the tenth session*. Vienna: United Nations Publications.
- Urra, J. (2002). *Tratado de Psicología Forense*. Madrid: Siglo XXI.
- Ursano, R. (1987). Comentarios a "Posttraumatic stress disorder: the stressor criterios". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 75, 273-275.
- US National Comorbidity Survey (s. f.). Recuperado el 6 de junio de 2005, de [http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ncs\\_data.php](http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ncs_data.php)
- Utitz, E. (1950). *Characterología. Monográficas Psicológicas*, 4(44), (número completo).
- Vaccarezza, L. (2007). Sobre el concepto de los malos tratos. En M. P. Rivas y G. L. Barrios. *Violencia de género. Perspectiva Multidisplinar y Práctica Forense* (pp. 53-81). Navarra: Aranzadi.
- Vallejo-Nájera, A. (1930). *Síndromes Mentales Simulados*. Barcelona: Labor.
- Vallejo-Pareja, M. (1998). *Avances en modificación y terapia de conducta: Técnicas de intervención*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Van der Kolk, B. y Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal Psychiatry*, 146, 1530-1540.
- Van der Kolk, B., Weisaeth, L. y Van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. En B. Van der Kolk, A. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 47-74). Nueva York: Guilford Press.

- Vázquez, B. (1998). *El perfil psicológico de la mujer maltratada*. Madrid: Centro de Estudios de la Administración de Justicia.
- Veronen, L. G., Kilpatrick, D. G. y Resick, P. A. (1979). Treating fear and anxiety in rape victims. Implications for the criminal justice system. En W. Parsonage (Ed.), *Perspectives on Victimology* (pp.148-159). Beberly Hills.
- Vrij, A. (2000). *Detecting lies and deceit. The psychology of lying and the implications for professional practice*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Vrij, A. (2004). Why professionals fail to catch liars and how they can improve. *Legal and Criminological Psychology*, 9, 159-181.
- Vrij, A. (2005). Criteria-Based Content Analysis. A qualitative review of the first 37 studies. *Psychology, Public Policy and Law*, 11, 3-41.
- Vrij, A., Akehurst, L., Soukara, S. y Bull, R. (2002). Will the truth come out? The effect of deception, age, status, coaching and social skills on CBCA scores. *Law and Human Behavior*, 26, 261-283.
- Vrij, A., Edwards, K., Roberts, K. P. y Bull, R. (1999, julio). *Detecting deceit via criteria based content analysis, reality monitoring and analysis of non verbal behavior*. Comunicación presentada al First Joint Meeting of the American Psychology-Law Society and the European Association of Psychology and Law, Dublin.
- Vrij, A. y Winkel, F. W. (1996). Detection of false statements in first and third graders: The development of a nonverbal detection instrument. En G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurray y C. Wilson (Eds.), *Psychology, Law and Criminal Justice* (pp. 221-230). Berlín: Walter de Gruyter.
- Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*. Nueva York: Springer.
- Walklate, S. (1989). *Victimology*. Londres: Unwin Hyman.
- Wechsler, D. (1976). *WAIS: Escala de inteligencia para adultos. Manual* (2ª ed.). Madrid: TEA.
- Weick, K. E. (1985). Systematic observational methods. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology bulletin* (Vol. 1, pp. 567-634). Hillsdale, N.J.: LEA.
- Wicker, A. W. (1975). An application of a multiple-trait-multimethod logic to the reliability of observational records. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 575-579.

- Widows, M.R. y Smith, G.P. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources (PAR).
- Wigmore, J. H. (1937). *The science of judicial proof*. Boston: Little Brown.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Brynes, K. y Duvdevani, T. (1998). Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal Psychiatry*, 155, 1163-1171.
- Yehuda, R., Southwick, S., Giller, E., Xiaowan, M. y Mason, J. (1992). Urinary catecholamine excretion and severity of PTSD symptoms in Vietnam combat veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 321-325.
- Young, G., Kane, A. W. y Nicholson, K. (2007). *Causality of psychological injury: Presenting evidence in court*. Nueva York: Springer.
- Youngjohn, J. R. (1991). Malingering of neuropsychological impairment: An assessment strategy. *A Journal for the Expert Witness, the Trial Attorney, the Trial Judge*, 4, 29-32.
- Yuille, J. C., Hunter, R., Joffe, R. y Zaparnuk, J. (1993). Interviewing children in sexual abuse cases. En G. Goodman y B. Bottoms, *Child victims, child witnesses: understanding and improving testimony* (pp. 95-115). Nueva York: The Guildford Press.
- Yule, W., Williams, R. y Joseph, S. (1999). Posttraumatic stress disorders in adults. En W. Yule. *Posttraumatic stress disorders. Concepts and therapy* (pp. 1-24). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Zhou, L., Burgoon, J., Nunamaker, J. y Twitchell, D. (2004). Automating linguistic-based cues for detecting deception in test-based asynchronous computer-mediated communication. *Group Decision and Negotiation*, 13, 81-106.
- Zuckerman, M., DePaulo, B. y Rosenthal, R. (1981). Verbal and nonverbal communication of deception. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 1-59.